





Digitized by the Internet Archive in 2023 with funding from University of Toronto



Government Publications

First Session Thirty-seventh Parliament, 2001-02

SENATE OF CANADA

Proceedings of the Special Committee on

Illegal Drugs

Chair:

The Honourable PIERRE CLAUDE NOLIN

Wednesday, August 28, 2002 (in camera)

Issue No. 23

Volume 3 of 4

Fifty-second meeting on:

Reassessing Canada's anti-drug legislation and policies

INCLUDING: THE FINAL REPORT OF THE COMMITTEE

(Cannabis: Our Position for a Canadian Public Policy — Part IV - Public Policy Options, and Conclusions and Recommendations) Première session de la trente-septième législature, 2001-2002

SÉNAT DU CANADA

Délibérations du Comité spécial sur les

Drogues illicites

Président:

L'honorable PIERRE CLAUDE NOLIN

Le mercredi 28 août 2002 (à huis clos)

Fascicule nº 23

Volume 3 de 4

Cinquante-deuxième réunion concernant:

Le réexamen des lois et des politiques antidrogue canadiennes

Y COMPRIS: LE RAPPORT FINAL DU COMITÉ

(Le cannabis: Positions pour un régime de politique publique pour le Canada — Partie IV - Options de politique publique, et Conclusions et recommandantios)



THE SPECIAL COMMITTEE ON ILLEGAL DRUGS

The Honourable Senator Pierre Claude Nolin, *Chair*The Honourable Senator Colin Kenny, *Deputy Chair*and

The Honourable Senators:

Banks
* Carstairs, P.C.
(or Robichaud, P.C.)
Forrestall

* Lynch-Staunton (or Kinsella) Maheu

*Ex Officio Members

(Quorum 3)

LE COMITÉ SPÉCIAL SUR LES DROGUES ILLICITES

L'honorable sénateur Pierre Claude Nolin, *président* L'honorable sénateur Colin Kenny, *vice-président* et

Les honorables sénateurs:

Ranks

* Carstairs, c.p. (ou Robichaud, c.p.) Forrestall * Lynch-Staunton (ou Kinsella) Maheu

*Membres d'office

(Quorum 3)

Published by the Senate of Canada

Publié par le Sénat du Canada

Available from: Communication Canada Canadian Government Publishing, Ottawa, Ontario K1A 089

En vente:

Communication Canada - Édition Ottawa (Ontario) K1A 0S9

Also available on the Internet: http://www.parl.gc.ca

Aussi disponible sur internet: http://www.parl.gc.ca



CANNABIS:

OUR POSITION FOR A CANADIAN PUBLIC POLICY

REPORT OF THE SENATE SPECIAL COMMITTEE ON ILLEGAL DRUGS

VOLUME III: PART IV AND CONCLUSIONS

CHAIRMAN

DEPUTY CHAIRMAN

PIERRE CLAUDE NOLIN

COLIN KENNY

SEPTEMBER 2002

TABLE OF CONTENTS

INTRODUCTION	1
PART I - GENERAL ORIENTATION	5
CHAPTER 1 - OUR MANDATE	7
WORDING	7
ORIGINS	9
Interpretation	10
CHAPTER 2 - OUR WORK	13
TWO WORKING PRINCIPLES	14
STATE OF KNOWLEDGE	15
Research Program	18
Expert Witnesses	19
The Challenge of Synthesis	21
TAKING OPINIONS INTO ACCOUNT	22 23
INTERPRETING IN LIGHT OF PRINCIPLES	23
CHAPTER 3 - OUR GUIDING PRINCIPLES	25
ETHICS, OR THE PRINCIPLE OF RECIPROCAL AUTONOMY	28
GOVERNANCE: MAXIMIZING THE ACTIONS OF INDIVIDUALS	32
Collective governance	34
Governance of the self	35
The role of governance	37
CRIMINAL LAW AND THE LIMITS OF PROHIBITION	38
Requirement for distinctions	38
Criteria for distinction	40
Application to illegal drugs issues	44
SCIENCE OR APPROXIMATE KNOWLEDGE	45
Conclusions	49
CHAPTER 4 - A CHANGING CONTEXT	51
CHANGES IN THE INTERNATIONAL SPHERE	51
Globalization and Integration	51
Difficulties of the Security Debate	55
From Anti-Drug Policies to Drug Policies	57
CHANGES IN CANADA	58
Judicial Activism	58
A National Crime Prevention Strategy	59
The Fight Against Organized Crime	59
A SOCIETAL DEBATE	60

PART II - CANNABIS: EFFECTS, TYPES OF	USE, ATTITUDES 63
CHAPTER 5 - CANNABIS: FROM PLANT TO JOINT	65
ONE PLANT, VARIOUS DRUGS	66
CANNABIS ROADS	69
PROPERTIES OF CANNABIS	77
Δ^9 THC Concentrations	78
Pharmacokinetics	83
	83
CONCLUSIONS	8/
CHAPTER 6 - USERS AND USES: FORM, PRACTICE,	
PATTERNS OF USE	90
Consumption by the population as a whole	91
Consumption among young people	94
Use patterns in other countries	101
To summarize	108
PATTERNS AND CIRCUMSTANCES OF USE	111
Cannabis in History	111
Trajectories of Use	113
Factors Related to Use	119
To summarize	124
STEPPING STONE TOWARDS OTHER DRUGS?	125
CANNABIS, VIOLENCE AND CRIME	127
CONCLUSIONS	128
CHAPTER 7 - CANNABIS: EFFECTS AND CONSEQU	ENCES 131
EFFECTS AND CONSEQUENCES OF CANNABIS: WHA	
ACUTE EFFECTS OF CANNABIS	139
CONSEQUENCES OF CHRONIC USE	143
Physiological Consequences of Chronic Use	143
Cognitive and Psychological Consequences	148
Behavioural and Social Consequences	152
TOLERANCE AND DEPENDENCE	152
Cannabis Dependence	154
Severity of Dependence	160
Tolerance	162
To summarize	163
CONCLUSIONS	164
CHAPTER 8 - DRIVING UNDER THE INFLUENCE OF	
FORMS OF TESTING	170
EPIDEMIOLOGICAL DATA	175
Studies not involving accidents	175
Studies where an accident was involved	176
Epidemiological studies on youth	179

Risk assessment	180
EXPERIMENTAL STUDIES	182
Non-driving activities	183
While driving	184
CONCLUSIONS	188
CHAPTER 9 - USE OF MARIJUANA FOR THERAPEUTIC PURPOSES	191
HISTORY	196
CONTEMPORARY KNOWLEDGE	197
Therapeutic uses	198
Marijuana as a drug?	200
CURRENT THERAPEUTIC PRACTICES	203
CONCLUSIONS	205
TOTAL TOTAL CONTRACTOR OF THE PROPERTY OF THE	
CHAPTER 10 - CANADIANS' OPINIONS AND ATTITUDES	209
THE MEDIA	210
SURVEYS	215
ATTITUDES AND OPINIONS SHARED WITH THE COMMITTEE CONCLUSIONS	221 224
CONCLUSIONS	224
PART III - POLICIES AND PRACTICES IN CANADA	225
CHAPTER 11 - A NATIONAL DRUG STRATEGY?	227
PHASE I - DEVELOPMENT AND IMPLEMENTATION	228
Creation of the Canadian Centre on Substance Abuse	233
Creation of Canada's Drug Strategy Secretariat	236
PHASE II - RENEWAL	237
PHASE III – RENEWAL WITHOUT SPECIFIED FUNDING	240
CANADA'S DRUG STRATEGY – A SUCCESS?	241
Conclusions	243
The second secon	This series of the
CHAPTER 12 - THE NATIONAL LEGISLATIVE CONTEXT	245
1908-1960: HYSTERIA	248
Opium Act, 1908	252
The Opium and Narcotic Drug Act, 1911	253
Amendments to the Opium and Narcotic Drug Act (1920-1938)	255
Amendments to the Act to Amend the Opium and Narcotic Drug Act in 1954	263
Senate Report of 1955 From 1960 to The Le Dark Connection The Standy For Reasons	264
FROM 1960 TO THE LE DAIN COMMISSION: THE SEARCH FOR REASONS Narcotic Control Act (1961)	268 268
An Act respecting Food and Drugs and Barbiturates (1961)	270
	270
The Le Dain Commission (1969-1973) Bill S-19 and Cannabis	283
AFTER LE DAIN: FORGING AHEAD REGARDLESS	283
Controlled Drugs and Substances Act	286
Conclusions	295
CONTOLOGICATIO	273

CHAPTER 13 - REGULATING THERAPEUTIC USE OF CANNABIS	297
BACKGROUND TO THE RECENT REGULATIONS	298
Section 56 – Controlled Drugs and Substances Act	298
Charter Challenges - Therapeutic Use of Marijuana	299
Government Reaction	302
MARIHUANA MEDICAL ACCESS REGULATIONS	302
Authorization to Possess	303
Licence to Produce	306
Other Provisions	307
COMPASSIONATE ACCESS?	308
Eligibility	309
Access to cannabis	312
Products	316
Costs	316
RESEARCH PLAN	317
Scientific Research	318
Research-Grade Marijuana	320
CONCLUSIONS	321
CHAPTER 14 - POLICE PRACTICES	323
ENFORCEMENT AGENCIES	323
RCMP	323
CHARGES UNDER THE CONTROLLED DRUGS AND SUBSTANCES ACT IN 1999	326
TheCanada Customs and Revenue Agency	326
Provincial and Municipal Police	328
COSTS	328
POLICE POWERS	333
Searches and Seizures	335
Entrapment and Illegal Activity	347
Conclusion	352
STATISTICS	353
Reported Incidents	353
Charges	356
Concerns	359
Customs Act - Fines	361
SEIZURES	362
Conclusions	364
CHAPTER 15 - THE CRIMINAL JUSTICE SYSTEM	367
PROSECUTION	367
COURTS	368
Drug Treatment Courts	369
DISPOSITION AND SENTENCING	372
CORRECTIONS	376
CRIMINAL RECORD	379
COURT CHALLENGES	382
CONCLUSIONS	387

CHAPTER 16 - PREVENTION	389
INITIATIVES THAT FALL SHORT OF THE MARK	393
Not enough prevention	394
Prevention lacks focus	396
There is not enough evaluation of preventive measures	397
Preventive and social messages in contradiction	398
There is a body of knowledge on which we have to draw	399
PREVENTING WHAT AND HOW?	400
RISK REDUCTION AND HARM REDUCTION	410
CONCLUSIONS	412
Conservation of the Conser	41.5
CHAPTER 17 - TREATMENT PRACTICES	415
CANNABIS DEPENDENCY	415
FORMS OF TREATMENT	421
EFFECTIVENESS OF TREATMENT	423
Conclusions	426
CHAPTER 18 - OBSERVATIONS ON PRACTICES	427
DIFFICULTIES IN HARMONIZING THE PLAYERS	427
INCONGRUITIES OF APPROACH	429
SIGNIFICANT ECONOMIC AND SOCIAL COSTS	431
PART IV - PUBLIC POLICY OPTIONS	437
CHAPTER 19 - THE INTERNATIONAL LEGAL ENVIRONMENT	439
A GENEALOGY	440
The 1909 Shanghai Conference	443
The 1912 Hague International Opium Convention	444
The 1925 Geneva Opium Conventions	446
The 1931 Geneva Narcotics Manufacturing and Distribution Limitation Convention /	1931
Bangkok Opium Smoking Agreement	447
The 1936 Geneva Convention for the Suppression of the Illicit Traffic in Dangerous D	rugs 448
The Second World War	449
The 1946 Lake Success Protocol	449
The 1948 Paris Protocol	450
The 1953 New York Opium Protocol	450
THE THREE CURRENT CONVENTIONS	451
The Single Convention on Narcotic Drugs, 1961	451
Convention on Psychotropic Substances	455
Protocol amending the Single Convention on Narcotic Drugs, 1961	460
Convention against Illicit Traffic in Narcotic Drugs and Psychotropic Substances	462
SOME LEEWAY?	464
Conclusions	468

CHAPTER 20 - PUBLIC POLICIES IN OTHER COUNTRIES	469
FRANCE	470
Different Forms of Logic	470
An Integrated Public Policy	472
Legislative Framework	474
Key Reports	477
Statistics on Use and Offences	481
Costs	483
THE NETHERLANDS	485
Dutch Pragmatism?	486
Essential Experts Reports	488
Legislation	493
The Coffee Shop System	496
Data on Use	498
UNITED KINGDOM	502
Ten-Year Strategy to Battle Drugs	502
Legislative Framework	503
Other Relevant Legislation in the Field of Drug Misuse	505
Debate in the UK	506
	507
Recent Key Reports and Studies	
Administration	515
Costs	515
Statistics	516
SWEDEN	518
National Strategy	520
Legislative Framework	523
Debate in Sweden	525
Recent Reports	526
Costs	528
Administration	528
Statistics	529
SWITZERLAND	531
A Harm Reduction Policy	531
The Legal Framework	538
A Bill to Decriminalize Cannabis	539
Administration of Swiss Drug Policy	542
Statistics on Narcotics Use and Offences under the Narcotics Act	544
AUSTRALIA	546
National Drug Strategy	546
Legislative Framework	551
Decriminilization in Australia	554
Administration	556
Statistics	557
UNITED STATES	560
The Federal-State Legislative Framework	560
Current Legislation and Enforcement	563
Federal Drug Policy Goals and Objectives	570
Administration of the Policy	572
Current Issues and Debates	575

Statistics	576
CHAPTER 21 - PUBLIC POLICY OPTIONS	581
INEFFECTIVENESS OF CRIMINAL POLICIES	583
Impact on Consumption	583
Impact on Supply	589
Conclusion	590
GENERAL ECONOMY OF A PUBLIC POLICY ON CANNABIS	591
COMPONENTS OF A PUBLIC POLICY	593
Strong Decision-making Body	593
Interconnection	594
A Shared Definition of Shared Objectives	594
Information Tools	594
LEGISLATIVE OPTIONS	595
Clarification of criminology	595
Criteria for a Legal Policy on Cannabis	602
CONCLUSIONS AND RECOMMENDATIONS	607
LE DAIN – ALREADY THIRTY YEARS AGO	607
INEFFECTIVENESS OF THE CURRENT APPROACH	609
PUBLIC POLICY BASED ON GUIDING PRINCIPLES	610
A CLEAR AND COHERENT FEDERAL STRATEGY	611
NATIONAL STRATEGY SUSTAINED BY ADEQUATE RESOURCES AND TOOLS	612
A PUBLIC HEALTH POLICY	614
A REGULATORY APPROACH TO CANNABIS	617
A COMPASSION-BASED APPROACH FOR THERAPEUTIC USE	618
PROVISIONS FOR OPERATING A VEHICLE UNDER THE INFLUENCE OF CANNABIS	619
RESEARCH	620
CANADA'S INTERNATIONAL POSITION	621
PROPOSALS FOR IMPLEMENTING THE REGULATION OF CANNABIS FOR	
THERAPEUTIC AND RECREATIONAL PURPOSES	623
DIDI IOCDADUV	627

GLOSSARY OF KEY TERMS

Abuse

Vague term with a variety of meanings depending on the social, medical and legal contexts. Some equate any use of illicit drugs to abuse: for example, the international conventions consider that any use of drugs other than for medical or scientific purposes is abuse. The Diagnosis and Statistical Manual of the American Psychiatric Association defines abuse as a maladaptive pattern of substance use leading to clinically significant impairment or distress as defined by one or more of four criteria (see chapter 7). In the report, we prefer the term excessive use (or harmful use).

Acute effects

Refers to effects resulting from the administration of any drug and specifically to its short term effects. These effects are distinguished between central (cerebral functions) and peripheral (nervous system). Effects are dose-related.

Addiction

General term referring to the concepts of tolerance and dependency. According to WHO addiction is the repeated use of a psychoactive substance to the extent that the user is periodically or chronically intoxicated, shows a compulsion to take the preferred substance, has great difficulty in voluntarily ceasing or modifying substance use, and exhibits determination to obtain the substance by almost any means. Some authors prefer the term addiction to dependence, because the former also refers to the evolutive process preceding dependence. (toxicomanie a de l'information additionelle)

Agonist

A substance that acts on receptor sites to produce certain responses.

Anandamide

Agonist neurotransmitter of the endogenous cannabinoid system. Although not yet fully understood in research, these neurotransmitters seem to act as modulators, THC increasing the liberation of dopamine in nucleus accumbens and cerebral cortex.

At-risk use

Use behaviour which makes users at-risk of developing dependence to the substance.

Cannabinoids

Endogenous receptors of the active cannabis molecules, particularly 9-THC. Two endogenous receptors have been identified: CB1 densely concentrated in the hippacampus, basal ganglia, cerebellum and cerebral cortex, and CB2, particularly abundant in the immune system. The central effects of cannabis appear to be related only to CB1.

Cannabis

Three varieties of the cannabis plant exist: cannabis sativa, cannabis indica, and cannabis ruredalis. Cannabis sativa is the most commonly found, growing in almost any soil condition. The cannabis plant has been known in China for about 6000 years. The flowering tops and leaves are used to produce the smoked cannabis. Common terms used to refer to cannabis are pot, marihuana, dope, ganja, hemp. Hashish is produced from the extracted resin. Classified as a psychotropic

drug, cannabis is a modulator of the central nervous system. It contains over 460 known chemicals, of which 60 are cannabinoids. Delta-9-tétrahydrocannabinol, referred to as THC, is the principal active ingredient of cannabis. Other components such delta-8-tétrahydrocannabinol, cannabinol and cannabidiol are present in smaller quantities and have no significant impacts on behaviour or perception. However, they may modulate the overall effects of the substance.

Chronic effects

Refers to effects which are delayed or develop after repeated use. In the report we prefer to use the term consequences of repeated use rather than chronic effects.

Commission on narcotic drugs (CND)

The Commission on Narcotic Drugs (CND) was established in 1946 by the Economic and Social Council of the United Nations. It is the central policy-making body within the UN system for dealing with all drug-related matters. The Commission analyses the world drug abuse situation and develops proposals to strengthen international drug control.

Decriminalization

Removal of a behaviour or activity from the scope of the criminal justice system. A distinction is usually made between *de jure decriminalization*, which entails an amendment to criminal legislation, and *de facto decriminalization*, which involves an administrative decision not to prosecute acts that nonetheless remain against the law. Decriminalization concerns only criminal legislation, and does not mean that the legal system has no further jurisdiction of any kind in this regard: other, non-criminal, laws may regulate the behaviour or activity that has been decriminalized (civil or regulatory offences, etc.).

Diversion

The use of measures other than prosecution or a criminal conviction for an act that nonetheless remains against the law. Diversion can take place before a charge is formally laid, for example if the accused person agrees to undergo treatment. It can also occur at the time of sentencing, when community service or treatment may be imposed rather than incarceration.

Depenalisation

Modification of the sentences provided in criminal legislation for a particular behaviour In the case of cannabis, it generally refers to the removal of custodial sentences.

Dependence

State where the user continues its use of the substance despite significant health, psychological, relational, familial or social problems. Dependence is a complex phenomenon which may have genetic components. Psychological dependence refers to the psychological symptoms associated with craving and physical dependence to tolerance and the adaptation of the organism to chronic use. The American Psychiatric Association has proposed seven criteria (see chapter 7).

Dopamine

Neuromediator involved in the mechanisms of pleasure.

Drug

Generally used to refer to illicit rather than licit substances (such as nicotine, alcohol or medicines). In pharmacology, the term refers to any chemical agent that alters the biochemical

or physiological processes of tissues or organisms. In this sense, the term drug refers better to any substance which is principally used for its psychoactive effects.

European Monitoring Centre on Drugs and Drug Addiction (EMCDDA)

The European Monitoring Centre was created in 1993 to provide member states objective, reliable and comparable information within the EU on drugs, drug addictions and their consequences. Statistical information, documents and techniques developed in the EMCDDA are designed to give a broad perspective on drug issues in Europe. The Centre only deals with information. It relies on national focal points in each of the Member States.

Fat soluble

Characteristic of a substance to irrigate quickly the tissues. THC is highly fat-soluble.

Gateway (theory)

Theory suggesting a sequential pattern in involvement in drug use from nicotine to alcohol, to cannabis and then "hard" drugs. The theory rests on a statistical association between the use of hard drugs and the fact that these users have generally used cannabis as their first illicit drug. This theory has not been validated by empirical research and is considered outdated.

Half-life

Time needed for the concentration of a particular drug in blood to decline to half its maximum level. The half-life of THC is 4.3 days on average but is faster in regular than in occasional users. Because it is highly fat soluble, THC is stored in fatty tissues, thus increasing its half life to as much as 7 to 12 days. Prolonged use of cannabis increases the period of time needed to eliminate is from the system. Even one week after use, THC metabolites may remain in the system. They are gradually metabolised in the urine (one third) and in feces (two thirds). Traces on inactive THC metabolites can be detected as many as 30 days after use.

Hashish

Resinous extract from the flowering tops of the cannabis plant and transformed into a paste.

International Conventions

Various international conventions have been adopted by the international community since 1912, first under the Society of Nations and then under the United Nations, to regulate the possession, use, production, distribution, sale, etc., of various psychotropic substances. Currently, the three main conventions are the 1961 Single Convention, the 1971 Convention on Psychotropic Substance and the 1988 Convention against Illicit Traffic. Canada is a signatory to all three conventions. Subject to countries' national constitutions, these conventions establish a system of regulation where only medical and scientific uses are permitted. This system is based on the prohibition of source plants (coca, opium and cannabis) and the regulation of synthetic chemicals produced by pharmaceutical companies.

International Narcotics Control Board (INCB)

The Board is an independent, quasi-judicial organisation responsible for monitoring the implementation of the UN conventions on drugs. It was created in 1968 as a follow up to the 1961 Single Convention, but had predecessors as early as the 1930s. The Board makes recommendations to the UN Commission on Narcotics with respect to additions or deletions in the appendices of the conventions.

Intoxication

Disturbance of the physiological and psychological systems resulting from a substance. Pharmacology generally distinguishes four levels: light, moderate, serious and fatal.

Joint

Cigarette of marijuana or hashish with or without tobacco. Because joints are never identical, scientific analyses of the effects of THC are more difficult, especially in trying to determine the therapeutic benefits of cannabis and to examine its effects on driving.

Legalisation

Regulatory system allowing the culture, production, marketing, sale and use of substances. Although none currently exist in relation to «street-drugs» (as opposed to alcohol or tobacco which are regulated products), a legalisation system could take two forms: without any state control (free markets) and with state controls (regulatory regime).

Marijuana

Mexican term originally referring to a cigarette of poor quality. Has now become equivalent for cannabis.

Narcotic

Substance which can induce stupor or artificial sleep. Usually restricted to designate opiates. Sometimes used incorrectly to refer to all drugs capable of inducing dependence.

Office of national drug control policy (ONDCP) USA

Created in 1984 under the Reagan presidency, the Office is under the direct authority of the White House. It coordinates US policy on drugs. Its budget is currently US \$18 billion.

Opiates

Substance derived from the opium poppy. The term opiate excludes synthetic opioids such as heroin and methadone.

Prohibition

Historically, the term designates the period of national interdiction of alcohol sales in the United States between 1919 and 1933. By analogy, the term is now used to describe UN and State policies aiming for a drug-free society. Prohibition is based on the interdiction to cultivate, produce, fabricate, sell, possess, use, etc., some substances except for medical and scientific purposes.

Psychoactive substance

Substance which alters mental processes such as thinking or emotions. More neutral than the term "drug" because it does not refer to the legal status of the substance, it is the term we prefer to use.

Psychotropic substance (see also psychoactive)

Much the same as psychoactive substance. More specifically however, the term refers to drugs primarily used in the treatment of mental disorders, such as anxiolytic, sedatives, neuroleptics, etc. More specifically, refers to the substances covered in the 1971 Convention on Psychotropic Substances.

Regulation

Control system specifying the conditions under which the cultivation, production, marketing, prescription, sales, possession or use of a substance are allowed. Regulatory approaches may rest on interdiction (as for illegal drugs) or controlled access (as for medical drugs or alcohol). Our proposal of an exemption regime under the current legislation is a regulatory regime.

Society of Nations (SDN)

International organisation of States until 1938; now the United Nations.

Tetrahydrocannabinol (\Delta 9-THC)

Main active component of cannabis, $\Delta 9$ -THC is very fat-soluble and has a lengthy half-life. Its psychoactive effects are modulated by other active components in cannabis. In its natural state, cannabis contains between 0.5% to 5% THC. Sophisticated cultivation methods and plant selection, especially female plants, leads to higher levels of THC concentration.

Tolerance

Reduced response of the organisms and increased capacity to support its effects after a more or less lengthy period of use. Tolerance levels are extremely variable between substances, and tolerance to cannabis is believed to be lower than for most other drugs, including tobacco and alcohol.

Toxicity

Characteristic of a substance which induces intoxication, i.e., "poisoning". Many substances, including some common foods, have some level of toxicity. Cannabis presents almost no toxicity and cannot lead to an overdose.

United Nations Drug Control Program (UNDCP)

Established in 1991, the Programme works to educate the world about the dangers of drug abuse. The Programme aims to strengthen international action against drug production, trafficking and drug-related crime through alternative development projects, crop monitoring and anti-money laundering programmes. UNDCP also provides accurate statistics through the Global Assessment Programme (GAP) and helps to draft legislation and train judicial officials as part of its Legal Assistance Programme. UNDCP is part of the UN Office for Drug Control and the Prevention of Crime.

World Health Organization (WHO)

The World Health Organization, the United Nations specialized agency for health, was established on 7 April 1948. WHO's objective, as set out in its Constitution, is the attainment by all peoples of the highest possible level of health. Health is defined in WHO's Constitution as a state of complete physical, mental and social well-being and not merely the absence of disease or infirmity.

PART IV PUBLIC POLICY OPTIONS

CHAPTER 19

THE INTERNATIONAL LEGAL ENVIRONMENT

This chapter could begin and end with the same words: The international drug control conventions are, with respect to cannabis at least, an utterly irrational restraint that has nothing to do with scientific or public health considerations.

Very useful restraint, to be sure, if one favours prohibition, for when the advocates of such policy run out of scientific and public health arguments, they can simply fall back on the conventions that Canada has signed. More than signed, in fact: owing to the efforts of certain men, police officers and federal public servants, Canada was a leading proponent of those conventions.

Currently, three conventions govern the entire life cycle of drugs, from cultivation of the plants to their consumption: the *Single Convention on Narcotic Drugs, 1961* (Single Convention), the 1971 *Convention on Psychotropic Substances* (Psychotropics Convention)² and the 1988 *Convention against Illicit Traffic in Narcotic Drugs and Psychotropic Substances* (Trafficking Convention).³ They create not only international law concerning drugs but also control mechanisms and bodies, both political and bureaucratic.

Yet these agreements have a history that began well before the Single Convention, a history that sheds light on the issues that led to their development and on their contemporary significance. That is the subject of the first section. The conventions create obligations, as shown in the second section, detailed obligations that are morally rather than legally binding. And they are a patchwork of compromises that leave states with some leeway, as we shall see in the third section.

¹ Single Convention on Narcotic Drugs, 1961 (RTC 1964/30), amended by the Protocol amending the Single Convention on Narcotic Drugs, 1961 (RTC 1976/48). The Single Convention came into force in Canada in 1964 and the Protocol in 1976.

² Convention on Psychotropic Substances, RTC 1988/35. It came into force in Canada in 1988.

³ Convention against Illicit Traffic in Narcotic Drugs and Psychotropic Substances, RTC 1990/42, which came into force in Canada in 1990.

A GENEALOGY

The genealogy of the international conventions governing drug production and trade is fascinating and unique. The story begins in the mid-19th century, when Britain and China fought two opium wars, both quickly won by the British. In this era, the roles were reversed: the British owned the lucrative opium monopoly of the East India Company and refused to relinquish it, while the Chinese had been trying for decades to stamp out opium use, not so much for health reasons as for economic ones, since this trade was exacting a heavy toll.

China had long exercised the upper hand in its economic relations with the Occident. Silks, teas, fine pottery, and other items flowed west. Yet the Middle Kingdom desired little from the outside. (...) Encouraging the China opium trade therefore solved several related problems for colonial governments. Opium production provided a living for numerous peasants, merchants, bankers, and governments officials. Exports to China earned hard currency, thereby reducing specie outflow. ⁴

While Britain balked at introducing control mechanisms that would deprive it of hard currency, the United States realized at the turn of the century that this was a perfect opportunity to assert itself on the international scene.

The drug story's geopolitical ingredients blended with well-known domestic political interests, racist attitudes and economic interests in a complex cocktail. In Chapters 11 and 12, we touched on certain aspects of the anti-Chinese racism that marked the turn of the century in Canada. The same phenomenon existed in the U.S.

[Translation] The United States had a number of reasons for acting on this proposal. The official reason was a moral one: at a time when the temperance leagues and the churches were demanding Prohibition, puritan America decided to take the lead in civilization's world crusade. It claimed to be protecting uncivilized races from the ravages of opium and alcohol. But it also had some less virtuous reasons. Under pressure from the trade unions, which feared competition from Chinese labour, it passed the Exclusion Laws, openly xenophobic legislation whose purpose was to control the yellow peril. It therefore spread the myth of the 'unsavoury Chinese opium addict,' devoted to his habit and ready to contaminate American youth. ⁵

Naturally, the Chinese government vigorously protested against the Exclusion Laws, but the Middle Kingdom, a victim of its conflicts and its internal disorganization, lacked the resources to make an impact on the international scene. While continuing to combat opium use within its own territory, China set about promoting poppy cultivation at the local level.

⁴ McAllister, W.B., (1999) Drug Diplomacy in the Twentieth Century. An international history, pages 10-11.

⁵ Caballero, F., and Y. Bisiou (2000) Droit de la drogue. Paris: Dalloz, 2nd edition, page 36.

The pharmaceutical industry, which had been booming since the mid-19th century, was able to produce more and more low-priced medicines, many of which contained extracts of coca or opium.

The mid-1880s euphoric reaction of cocaine set off a chain reaction. Pharmaceutical companies rushed to fill orders, but fresh coca leaf was unavailable in sufficient quantity. Consequently, the price skyrocketed. To meet demand and share in the profit, several imperial powers stepped up efforts to develop commercially saleable coca. (...) Within a few years, coca production increased dramatically, coca paste processing became commonplace, coca leaves became a commodity traded on the international market and pharmaceutical manufacturers competed for business on the basis of price, availability, and quality of product. Hardly available in 1885, cocaine became quickly emblematic of the modern, technological, international, political economy. (...) By the early twentieth century, cocaine ranked third in terms of dollar value among drugs. The popularity of the two drugs superseding cocaine, morphine and quinine, resulted from the same constellation of factors — a burgeoning pharmaco-industrial complex. 6

The third factor was the growing professionalism and social power of the medical community. The latter was essentially working against a form of popular medicine, ostensibly because it was a source of abuse and charlatanism, but mostly because it was practised outside the medical establishment and thus was less tightly controlled by scholarly medical "authority". Certain of its science, the powerful medical lobby would quickly swing into action and demand the regulation of drugs and sole authority to diagnose and prescribe.

Last but not least, there were moral considerations. The temperance movements fighting the moral and social "vices" of alcohol and drugs were growing rapidly and carried substantial political clout, which the prohibitionists wielded brilliantly.

The last piece of the puzzle was the 1906 decision by Britain's new Liberal government to oppose the forced opium trade between India and China, which made it possible for the Chinese government to launch an extensive campaign against opium consumption and production. In 1907, the British agreed to reduce exports of Indian opium to China by 10 per cent a year, provided that China would permit independent verification of its own production cuts. The accord proved more effective than the two countries expected, until the Manchu (Ch'ing) dynasty fell in 1911. After that, the Chinese warlords began encouraging opium production on a large scale to finance their military spending. Nevertheless, future prohibition advocates would view the 1907 "ten-year agreement" as the first successful opium "treaty"; for the next 60 years. This agreement was to set the tone for international drug control negotiations. The stage was now set for the first in a long series of international conferences, treaties and conventions, as shown in the table below. 8

⁶ McAllister, op. cit., pages 15-16.

⁷ McAllister, op. at., pages 24-27.

⁸ This table and the text of this section are taken from the excellent report prepared by the Library of Parliament at the Committee's request: Sinha, J. (2001) The History and Development of the Leading

Multilateral Agreements on Narcotics and Psychotropic Substances9

Date and place signed	Title of agreement	Date of entry into force
26 February 1909 Shanghai, China	Final Resolutions of the International Opium Commission ¹	Not applicable
23 January 1912 The Hague, Netherlands	International Opium Convention	11 February 1915 / 28 June 1919 ²
11 February 1925 Geneva, Switzerland	Agreement concerning the Manufacture of, Internal Trade in, and Use of Prepared Opium	28 July 1926
19 February 1925 Geneva, Switzerland	International Opium Convention	25 September 1928
13 July 1931 Geneva, Switzerland	Convention for Limiting the Manufacture and Regulating the Distribution of Narcotic Drugs ³	9 July 1933
27 November 1931 Bangkok, Thailand	Agreement for the Control of Opium Smoking in the Far East	22 April 1937
26 June 1936 Geneva, Switzerland	Convention for the Suppression of the Illicit Traffic in Dangerous Drugs	26 October 1939
11 December 1946 Lake Success, New York, USA	Protocol amending the Agreements, Conventions and Protocols on Narcotic Drugs concluded at The Hague on 23 January 1912, at Geneva on 11 February 1925 and 19 February 1925 and 13 July 1931, at Bangkok on 27 November 1931, and at Geneva on 26 June 1936	11 December 1946
19 November 1948 Paris, France	Protocol Bringing under International Control Drugs outside the Scope of the Convention of 13 July 1931, for Limiting the Manufacture and Regulating the Distribution of Narcotic Drugs, as amended by the Protocol signed at Lake Success, New York, on 11 December 1946	1 December 1949
23 June 1953 New York, USA	Protocol for Limiting and Regulating the Cultivation of the Poppy Plant, the Production of, International and Wholesale Trade in, and Use of, Opium	8 March 1963
30 March 1961 New York, USA.	Single Convention on Narcotic Drugs, 1961	13 December 1964
21 February 1971 Vienna, Austria	Convention on Psychotropic Substances	16 August 1976
25 March 1972 Geneva, Switzerland	Protocol amending the Single Convention on Narcotic Drugs, 1961	8 August 1975
20 December 1988 Vienna, Austria	United Nations Convention against Illicit Traffic in Narcotic Drugs and Psychotropic Substances	11 November 1990

¹ This is the only document in the table that is not an enforceable multilateral treaty. It is included because it marks the beginning of substantial international cooperation on drug control.

International Drug Control Conventions. Ottawa: Library of Parliament, Parliamentary Research Branch, available on the Committee's Web site at www.parl.gc.ca/illegal-drugs.asp.

² China, the Netherlands, and the U.S. implemented the Convention in 1915 (Honduras and Norway followed suit later that year). It did not come into force globally until it was incorporated into the Treaty of Versailles in 1919.

³ As amended by the Protocol signed at Lake Success, New York, on 11 December 1946.

⁹ Sources: Canadian Treaty Series; Kettil Bruun, Lynn Pan and Ingernar Rexed, (1975) *The Gentlemen's Club: International Control of Drugs and Alcohol*, Chicago: University of Chicago Press; United States, (1972) *International Narcotics Control: A Source Book of Conventions, Protocols, and Multilateral Agreements, 1909-1971*, Washington, D.C.: Bureau of Narcotics & Dangerous Drugs.

The 1909 Shanghai Conference

U.S. interest in international drug control grew substantially following the Spanish-American War, which led to its acquisition of the Philippines in 1898. ¹⁰ The acquisition brought with it what the American administration perceived as a serious problem: a government-run opium supply monopoly. Under the guidance of the new Episcopal Bishop of the Philippines, Charles Henry Brent, the monopoly was shut down. Yet smuggling continued, and Brent, who regarded the opium issue as a moral question and use of the drug as "a social vice ... a crime," persuaded President Theodore Roosevelt to support holding an international meeting in Shanghai to remedy what was clearly a regional problem. ¹¹

In February 1909, the International Opium Commission¹² met in Shanghai, with Brent as its president. However, because the participants did not have the necessary plenipotentiary powers to conclude a treaty, the result was simply a collection of facts and a set of non-binding recommendations. In the discussions on the Commission's terms of reference, one question that arose was whether drug-related medical issues, such as addiction and its treatment, should be considered; the proposal was defeated (by a majority of one) because it was felt that there was insufficient medical expertise present at the meeting.¹³ This set a telling precedent: most subsequent drug meetings would be attended predominantly by diplomats and civil servants, with little significant input from medical experts.

The negotiations during the Commission's meetings laid the groundwork for future conferences. The U.S., aggressively represented by Hamilton Wright, tried to persuade the colonial powers to support a narrow definition of "legitimate use" of opium, under which any non-medical or non-scientific use—by Western medical and scientific standards—would be considered illicit. The colonial powers advocated a softer approach, which would permit "quasi-medical use". In the final wording of Resolution 3, the Commission concluded "that the use of opium in any form otherwise than for medical purposes is *held* by *almost* every participating country to be a matter for prohibition *or for careful regulation*; and that each country in the administration of its system or regulation purports to be aiming, as opportunity offers, at progressively increasing stringency" (emphasis as in original).

The Commission was, in fact, far from "international". The focus was on China's opium problems—five of the nine resolutions mentioned China by name—and the U.S. and Britain dominated the discussions. The U.S. was pushing for prohibition and felt that China needed assistance with its domestic opium problems. Britain worked to

¹⁰ Lowes, P.D. (1966) The Genesis of International Narcotics Control. Geneva: Droz, page 102.

¹¹ Bewley-Taylor, D.R. (1999) The United States and International Drug Control. page 19.

¹² The Commission included all the colonial powers in the region – Britain, France, Germany, Japan, the Netherlands, Portugal and Russia – and China, Siam [now Thailand], Persia [now Iran], Italy and Austria-Hungary. (McAllister (2000), page 28)

¹³ Bruun et al. (1975), page 11; Lowes (1966), page 187-188.

protect its lucrative Indian opium trade, arguing that curbing such trade would be useless until China brought its domestic production under control.¹⁴

Underlying the U.S. delegation's hard-line stance at the Shanghai meeting were key domestic political and economic goals that would also colour later negotiations. It was assumed that if other countries controlled their own opium production and exports, the U.S. would not be burdened with the task, because the poppy and the coca leaf had never been grown in appreciable quantities in North America. Furthermore, international agreements calling on countries to take drastic internal measures provided ammunition for Brent and Wright, who were pressuring the U.S. government to develop stringent domestic drug control laws. ¹⁵

The 1912 Hague International Opium Convention

At the Shanghai meeting, the Americans had proposed a future conference to draft an international drug control treaty that would include the Shanghai resolutions in an expanded and more stringent form. This proposal was contested by the other countries and went nowhere. In the years that followed, however, the U.S. lobbied continually and forcefully around the world for a new conference. Addressing the opium problem directly, publicly and internationally was a way for the U.S. to achieve its domestic control objectives, to put an end to the profitable drug trade dominated by the colonial powers, and to curry favour with the Chinese and thereby improve Sino-American economic relations.¹⁶

Twelve countries agreed to meet at The Hague on 1 December 1911 to draft a treaty. To Once again, the meeting was chaired by Brent, and Wright led the U.S. delegation. Most states had demanded amendments to the U.S. draft agenda, which focused on stringent control of opium production, manufacture and distribution in Asia. For example, Britain insisted that manufactured drugs such as morphine, heroin, and cocaine be considered. This was an attempt to dilute the opium agenda and deflect attention from Indian opium production. Britain also hoped that a fair treaty would create a level playing field for British pharmaceutical companies to compete with the dominant German synthetic drug industry.

¹⁴ Walker III, William O., (1991) Opium and Foreign Policy: The Anglo-American Search for Order in Asia, 1912-1954, Chapel Hill, N.C.: University of North Carolina Press, page 16-17; Lowes (1966), page 152-153.

¹⁵ Musto (1999), page 36-37.

¹⁶ William B. McAllister, (1992) "Conflicts of Interest in the International Drug Control System," in William O. Walker III, ed., *Drug Control Policy: Essays in Historical and Comparative Perspective*, University Park, Pennsylvania: Pennsylvania State University Press, page 145.

¹⁷ Germany, China, the United States, France, Britain, the Netherlands, Italy, Japan, Persia [now Iran], Portugal, Russia and Siam [now Thailand].

¹⁸ McAllister (2000), page 32-33; Bruun et al. (1975), page 11-12.

Chapters I and II of the 1912 International Opium Convention 19 (1912 Hague Convention) dealt with raw and prepared opium. For example, Article 1 required parties to "enact effective laws or regulations for the control of the production and distribution of raw opium" unless such laws were already in place. The Convention also recognized the U.S.-initiated principle of restricting opium use to medical and scientific purposes. Chapter IV was aimed at reducing drug trafficking in China.

Chapter III focused on licensing, manufacturing and distribution controls on synthetic drugs, but Germany ensured that the provisions were weak and vague. Article 10 allowed countries to simply make their "best endeavours" to implement these controls. Furthermore, Germany refused to sign the treaty until it was agreed that all countries would have to ratify²⁰ the Convention before it came into force. This was an effective tactic for delaying control measures as it took almost a decade for all countries to ratify the agreement. Germany did so only because ratification was a condition of the Treaty of Versailles that ended the First World War in 1919.21

Wright used the 1912 Hague Convention in his campaign for U.S. domestic legislation, arguing that a federal law was necessary for the U.S. to fulfil its obligations under the Convention. In 1916, the U.S. Supreme Court ruled that this was not so, but by then the Harrison Narcotics Act of 1914 had become the first federal drug control law in the U.S.; it would remain a pillar of U.S. drug policy for the next few decades.²²

The establishment of the League of Nations in 1919 following the First World War provided the international community with a centralized body for the administration of drug control. In 1920, the League created the Advisory Committee on the Traffic in Opium and other Dangerous Drugs, commonly known as the Opium Advisory Committee (OAC), the precursor to the United Nations (UN) Commission on Narcotic Drugs. The League Health Committee, forerunner of the UN World Health Organization, was also formed. Administration of the 1912 Hague Convention had originally been the responsibility of the Netherlands, but was transferred to the Opium Control Board (OCB) created by the OAC. Enforcement of the Convention was sporadic as the countries on the OCB were the ones profiting most from the drug

The League began to consider demand-side socio-medical issues such as why individuals use drugs, what constitutes drug abuse, and what social factors affect abuse.

¹⁹ Done 23 January 1912; in force 28 June 1919.

Ratification is the process by which each country enacts national implementing legislation - unless the new international obligations are already met by domestic legislation - and thereby consents to the treaty's application within its territory.

²¹ McAllister (2000), page 36-37; Bruun et al. (1975), page 12; Lowes (1966), page 182-186.

²² Musto (1999), page 59-63. Since the U.S. Constitution did not allow a direct federal role in criminalizing drug use, Wright designed the Harrison Act as a tax statute; physicians, pharmacists, wholesalers and retailers had to obtain a tax stamp to distribute drugs. The Treasury Department was responsible for enforcing the statute. Thus, the use of drugs was limited through access restrictions. (McAllister (2000), page 35)

²³ McAllister (1992), page 145-146.

However, prohibition and supply-side issues soon regained the ascendancy as preparations began and talks were held, again at the instance of the U.S., for a new treaty in the mid-1920s. In general, the international regime has tended to separate the study of drug-related medical and social problems, including etiological questions, from that of drug control problems.²⁴

The 1925 Geneva Opium Conventions

Even though the U.S. had chosen not to join the League of Nations, its influence in international drug control matters remained strong. Worried by the 1912 Hague Convention's limited effect on the smuggling of opium and, increasingly, drugs manufactured in East Asia, the U.S. pressured the League to convene a new conference. The League feared that if it did not comply, the U.S. might act independently.²⁵

Between November 1924 and February 1925, two back-to-back conferences were held, and two separate treaties were concluded. The first Geneva Convention²⁶ focused on opium-producing nations; signatories were permitted to sell opium only through government-run monopolies and were required to end the trade completely within 15 years.

The second Geneva Convention, the *International Opium Convention*²⁷ (1925 Geneva Convention), was intended to impose global controls over a wider range of drugs, **including, for the first time, cannabis**, which was referred to as "Indian hemp" (marijuana) in Article 11 of the Convention. Articles 21 to 23 required Parties to provide annual statistics on drug stocks and consumption; the production of raw opium and coca; and the manufacture and distribution of heroin, morphine and cocaine. Chapter VI replaced the OCB with an eight-member Permanent Central Opium Board (PCOB).²⁸ Chapter V of the second Convention set up a PCOB-monitored import certification system to control the international drug trade by limiting the amount that each country could legally import.

While the 1912 Hague Convention had focused on domestic controls, the Geneva Conventions were an attempt to improve transnational control. The U.S. had proposed strict adherence to the principle that drugs should be used only for medical and scientific purposes and that there should be stringent controls on drug production at the source. When these proposals were flatly rejected at the second conference, the U.S.

²⁴ McAllister (2000), page 46-50; Lowes (1966), page 188.

²⁵ McAllister (2000), page 50-51.

²⁶ Agreement concerning the Manufacture of, Internal Trade in, and Use of Prepared Opium, done 11 February 1925, in force 28 July 1926.

²⁷ Done 19 February 1925; in force 25 September 1928.

²⁸ The PCOB was intended to be impartial and politically disinterested, but its operations remain extremely political to this day (it still exists). Since its inception, its membership has always included a representative from Britain, the U.S. and France. (McAllister (2000), page 83)

delegation walked out of the conference and never signed the treaties. The Chinese delegation withdrew as well, because no agreement could be reached on the suppression of opium smoking.²⁹ Instead, the two countries concentrated on enforcing the 1912 Hague Convention.

The 1931 Geneva Narcotics Manufacturing and Distribution Limitation Convention / 1931 Bangkok Opium Smoking Agreement

The import control system put in place following the 1925 Geneva Convention was only partially effective, as drugs were simply transhipped through non-signatory countries. In 1931, the League of Nations convened a further conference in Geneva to place limits on the manufacture of cocaine, heroin and morphine, and to control their distribution. The result of the conference was the *Convention for Limiting the Manufacture* and Regulating the Distribution of Narcotic Drugs 30 (1931 Limitation Convention).

In 1931, Canada abandoned its policy of simply reacting to international drug control efforts and began playing an active role in supporting U.S. efforts to expand control at the source. Colonel Charles Henry Ludovic Sharman, Chief of the Narcotics Division in the Department of Pensions and National Health, was the principal architect of Canada's domestic and international drug policy until the 1960s. Canada, through Sharman, was heavily involved in the negotiations leading up to the 1931 Limitation Convention. 31

A new player also emerged from within the U.S. delegation: Harry J. Anslinger, first Commissioner of the newly created Federal Bureau of Narcotics, a position he would hold for 33 years. A firm believer in prohibition and the control of drug supplies at the source, Anslinger is widely recognized as a prime mover in the development of U.S. drug policy and, by extension, international drug control into the early 1970s. ³²

The centrepiece of the 1931 Limitation Convention was the manufacturing limitation system set out in Chapters II and III. Parties were required to provide the PCOB with estimates of their national drug requirements for medical and scientific purposes, and on the basis of those estimates, the PCOB would calculate manufacturing limits for each signatory. A Drug Supervisory Body (DSB) was created to administer the system. The Convention's effectiveness was seriously undermined by Article 26, which absolved states of any responsibilities under the Convention for their

²⁹ Bruun et al. (1975), page 14.

³⁰ Done 13 July 1931; in force 9 July 1933.

³¹ Giffen et al. (2000), page 483.

³² See, for example, McAllister (2000), page 89-90; Bewley-Taylor (1999), page 102-164; Bruun *et al.* (1975), page 137-141; Inglis (1975), page 181-190. See also Harry J. Anslinger and Will Oursler, "The War against the Murderers," in William O. Walker III, ed., *Drugs in the Western Hemisphere: An Odyssey of Cultures in Conflict*, Wilmington, Delaware: Scholarly Resources Inc., 1996.

colonies. Article 15 required states to set up a "special administration" for national drug control, modelled to some extent on the U.S. domestic control apparatus.³³

The Convention came into force quickly because various countries and the League of Nations thought it might provide a useful model for arms control negotiations. The League even prepared a report explaining how the principles set out in the 1925 Geneva Convention and the Limitation Convention could be applied to disarmament issues.³⁴

In late 1931, another conference was held in Bangkok to address opium smoking in the Far East. The treaty³⁵ it produced was weak, primarily because the U.S. attended only as an observer and the European colonial powers were unwilling to implement effective controls on opium use while there was significant opium overproduction and smuggling. The fact that the U.S. strategy of absolute prohibition had made little impact on opium trafficking and use in the Philippines did not strengthen the U.S.'s hand in pushing for the elimination of poppy cultivation. The key result of the Bangkok conference was that it convinced the U.S. that a firmer approach was needed to combat raw material production and illicit drug trafficking.³⁶

The 1936 Geneva Convention for the Suppression of the Illicit Traffic in Dangerous Drugs

Based on initiatives of the International Police Commission, forerunner of the International Criminal Police Organization (INTERPOL), negotiations had begun in 1930 to develop a treaty to stem illicit drug trafficking and punish traffickers severely through criminal sanctions.³⁷

In 1936, the Convention for the Suppression of the Illicit Traffic in Dangerous Drugs ³⁸ (1936 Trafficking Convention) was concluded in Geneva. The U.S., led by Anslinger, had attempted to include provisions that would criminalize all activities—cultivation, production, manufacture and distribution—related to the use of opium, coca (and its derivatives) and cannabis for non-medical and non-scientific purposes. Many countries objected to this proposal, and the focus remained on illicit trafficking. ³⁹ Article 2 of the Convention called on signatory countries to use their national criminal law systems to "severely" punish, "particularly by imprisonment or other penalties of deprivation of liberty," acts directly related to drug trafficking.

³³ Anslinger would use this provision continually in the future as a way of protecting his position and the Federal Bureau of Narcotics from being altered through reorganization. (McAllister (2000), page 98, 108-109)

³⁴ *Ibid.*, page 110-111.

³⁵ Agreement for the Control of Opium Smoking in the Far East, done 27 November 1931, in force 22 April 1937.

³⁶ Taylor (1969), page 275-279; McAllister (2000), page 106.

³⁷ Taylor (1969), page 288-298.

³⁸ Done 26 June 1936; in force 26 October 1939.

³⁹ Taylor (1969), page 293-295.

The U.S. refused to sign the final version because it considered the Convention too weak, especially in relation to extradition, extraterritoriality and the confiscation of trafficking revenues. The U.S. was also worried that if it signed, it might have to weaken its domestic criminal control system to comply with the Convention. In fact, the Convention never gained widespread acceptance, as most countries interested in targeting traffickers concluded their own bilateral treaties.

Despite its minimal overall effect, the 1936 Trafficking Convention marked a turning point. All the previous treaties had dealt with the regulation of "legitimate" drug activities, whereas the 1936 Trafficking Convention now made such activities an

international crime subject to penal sanctions.

The Second World War

In the late 1930s, the Opium Advisory Committee (OAC) of the League of Nations began to question the international drug control regime's emphasis on prohibition and law enforcement. Some countries proposed combating abuse through public health approaches, including psychological treatment, dispensary clinics and educational programs. Asserting the U.S. belief that addicts could only be cured through institutionalization, Anslinger, supported by Sharman, was able to block all OAC efforts to consider social and etiological approaches to drug problems. Instead, at Anslinger's insistence, the focus remained on developing a new treaty to impose prohibition and supply control worldwide.⁴⁰

Ironically, in anticipation of war, many countries (in particular the U.S.) built up stockpiles of opium and opium products intended for medical purposes.⁴¹ The Second World War put further development of the international drug control apparatus on

hold.

The 1946 Lake Success Protocol

Following the war, the drug control bodies and functions of the League of Nations were folded into the newly formed United Nations. ⁴² The UN Economic and Social Council (ECOSOC) took over primary responsibility through its Commission on Narcotic Drugs (CND), which replaced the OAC. Under the CND, the Division of Narcotic Drugs (DND) was charged with the preparatory work for conferences. The PCOB and the DSB continued under the CND in their respective roles of compiling

⁴² See Bewley-Taylor (1999), page 54-59; Bruun et al. (1975), page 54-65.

⁴⁰ McAllister (2000), page 126-127.

⁴¹ The possibility of war accentuated the hypocrisy and opportunistic nature of the U.S. prohibitionist position. In 1939, Anslinger "was simultaneously pursuing a League-sponsored treaty to curtail agricultural production in far-off lands, a regional agreement that would allow him to commence poppy cultivation at home, and a global acquisition program that amassed the world's largest cache of licit opium yet assembled." (McAllister (2000), page 133)

statistics for national estimates and administering previous treaties. Canada's Sharman became the first Chair of the CND and also held a seat on the DSB.

All these changes in responsibility and organization meant that the existing international drug control treaties had to be amended. The amendments were made in a Protocol⁴³ signed at Lake Success, New York, on 110 December 1946.

The 1948 Paris Protocol

Anslinger and Sharman campaigned hard to ensure that the CND would report directly to ECOSOC as an independent organization. They were afraid that if the main drug control apparatus was a larger health or social issues organization, such as the World Health Organization (WHO) or the United Nations Educational, Scientific and Cultural Organization (UNESCO), etiology and treatment issues might take precedence over the prohibition focus. In particular, they wanted to ensure that governments would be represented by law enforcement officials rather than physicians or others with sociology or public health backgrounds. Furthermore, the USSR showed interest in considering the social factors underlying drug abuse. For the Western powers to have agreed with the Soviet Union would have undermined their hard-line stance against Moscow and communism in the looming Cold War.

Although control remained principally with ECOSOC, the World Health Organization (WHO), in particular its Drug Dependence Expert Committee, became responsible for deciding what substances should be regulated.⁴⁴ This authority was given to the WHO in an international Protocol⁴⁵ signed in Paris in 1948. Article 1 stated that if the WHO found a drug to be "capable of producing addiction or of conversion into a product capable of producing addiction," it would decide how to classify the drug within the international drug control structure. The Protocol also brought under international control specific synthetic opiates not covered by previous treaties.

The 1953 New York Opium Protocol

By the late 1940s, it became clear that the large number of international drug treaties, with their differing types and levels of control, had become confusing and unwieldy. Anslinger, Sharman and their allies had the CND recommend to ECOSOC the idea of consolidating all existing treaties into one document. It would also be an

⁴³ Protocol amending the Agreements, Conventions and Protocols on Narcotic Drugs concluded at The Hague on 23 January 1912, at Geneva on 11 February 1925 and 19 February 1925 and 13 July 1931, at Bangkok on 27 November 1931, and at Geneva on 26 June 1936, done 11 December 1946, in force 11 December 1946.

⁴⁴ Bruun et al. (1975), page 70.

⁴⁵ Protocol Bringing under International Control Drugs outside the Scope of the Convention of 13 July 1931, for Limiting the Manufacture and Regulating the Distribution of Narcotic Drugs, as amended by the Protocol signed at Lake Success, New York, on 11 December 1946, done 19 November 1948, in force 1 December 1949.

opportunity to bring in more stringent prohibition-based controls.⁴⁶ This plan was sidelined for a decade when the Director of the DND, Leon Steinig, proposed the creation of an "International Opium Monopoly" in an attempt to end the illicit trade

and guarantee wholesale licit opium supply.

Throughout the 1950s, Cold War tensions pushed Anslinger to rebuild the U.S. stockpile of opium and opium derivatives, often by making large purchases from Iran through U.S. pharmaceutical companies. Many European countries were also stockpiling. The multinational pharmaceutical companies in Europe and the U.S. feared that a monopoly like the one proposed by Steinig would lead to restrictions and higher prices. Anslinger and Sharman along with the British, Dutch and French killed the monopoly discussions in the CND. The French representative on the CND, Charles Vaille, suggested a new opium protocol as an interim solution until the treaties could be consolidated. ECOSOC approved a plenipotentiary conference, and Anslinger seized the new protocol initiative as an opportunity to impose strict global controls on opium production.⁴⁷

The Protocol⁴⁸ (1953 Opium Protocol), finalized in New York in 1953, Article 2 stated bluntly that Parties were required to "limit the use of opium exclusively to medical and scientific needs." Various provisions were included to control the cultivation of the poppy and the production and distribution of opium. Article 6 restricted opium production to seven states, and Parties could only import or export opium produced in one of those countries.⁴⁹ The Protocol comprised the most stringent international drug control provisions yet, but it never gained the support Anslinger had hoped for. It did not receive sufficient ratifications to bring it into force until 1963, and by then it had been

superseded by the 1961 Single Convention.

THE THREE CURRENT CONVENTIONS

The Single Convention on Narcotic Drugs, 1961

The Single Convention has played a central role in the creation of the modern prohibitionist system of international drug control. It is a continuation and expansion of the legal infrastructure developed between 1909 and 1953.

The work of consolidating the existing international drug control treaties into one instrument began in 1948, but it was 1961 before an acceptable third draft was ready to

⁴⁶ ECOSOC approved the recommendation in two resolutions: 159 II D (VII) of 3 August 1948, and 246 D (IX) of 6 July 1949. See also McAllister (2000), page 172; Bewley-Taylor (1999), page 137.

⁴⁷ McAllister (2000), page 172-179.

⁴⁸ Protocol for Limiting and Regulating the Cultivation of the Poppy Plant, the Production of, International and Wholesale Trade in, and Use of, Opium, done 23 June 1953, in force 8 March 1963.

⁴⁹ The seven producing countries were Bulgaria, Greece, India, Iran, Turkey, the USSR and Yugoslavia.

be presented for discussion at a plenipotentiary conference.⁵⁰ The conference began in New York on 24 January 1961, and was attended by 73 countries, each "with an agenda based on its own domestic priorities."⁵¹

William B. McAllister has divided the participating states into five distinct categories based on their drug control stance and objectives.

- Organic states group: As producers of the organic raw materials for most of the global drug supply, these countries had been the traditional focus of international drug control efforts. They were open to socio-cultural drug use, having lived with it for centuries. While India, Turkey, Pakistan and Burma took the lead, the group also included the coca-producing states of Indonesia and the Andean region of South America, the opium- and cannabis-producing countries of South and Southeast Asia, and the cannabis-producing states in the Horn of Africa. They favoured weak controls because existing restrictions on production and export had directly affected large segments of their domestic population and industry. They supported national control efforts based on local conditions and were wary of strong international control bodies under the UN. Although essentially powerless to fight the prohibition philosophy directly, they effectively forced a compromise by working together to dilute the treaty language with exceptions, loopholes and deferrals. They also sought development aid to compensate for losses caused by strict controls.
- Manufacturing states group: This group included primarily Western industrialized nations, the key players being the U.S., Britain, Canada, Switzerland, the Netherlands, West Germany and Japan. Having no cultural affinity for organic drug use and being faced with the effects that drug abuse was having on their citizens, they advocated very stringent controls on the production of organic raw materials and on illicit trafficking. As the principal manufacturers of synthetic psychotropics, and backed by a determined industry lobby, they forcefully opposed undue restrictions on medical research or the production and distribution of manufactured drugs. They favoured strong supranational control bodies as long as they continued to exercise de facto control over such bodies. Their strategy was essentially to "shift as much of the regulatory burden as possible to the rawmaterial-producing states while retaining as much of their own freedom as possible."
- Strict control group: These were essentially non-producing and non-manufacturing states with no direct economic stake in the drug trade. The key members were France, Sweden, Brazil and Nationalist China. Most of the states in this group were culturally opposed to drug use and suffered from abuse problems. They favoured restricting drug use to medical and scientific purposes and were willing to sacrifice a degree of national sovereignty to ensure the effectiveness of supranational control bodies. They were forced to moderate their demands in order to secure the widest possible agreement.

⁵¹ McAllister (1992), page 148.

⁵⁰ One of the Canadian delegates to the CND, National Health and Welfare official Robert Curran, played the leading role in drafting a document that would be acceptable to all countries as a starting point for negotiations (McAllister (2000), page 205). For an analysis of this third draft, see Leland M. Goodrich, "New Trends in Narcotics Control", *International Conciliation*, No. 530, November 1960.

- Weak control group: This group was led by the Soviet Union and often included its allies in Europe, Asia and Africa. They considered drug control a purely internal issue and adamantly opposed any intrusion on national sovereignty, such as independent inspections. With little interest in the drug trade and minimal domestic abuse problems, they refused to give any supranational body excessive power, especially over internal decision-making.
- Neutral group: This was a diverse group including most of the African countries, Central America, sub-Andean South America, Luxembourg and the Vatican. They had no strong interest in the issue apart from ensuring their own access to sufficient drug supplies. Some voted with political blocs, others were willing to trade votes, and others were truly neutral and could go either way on the control issue depending on the persuasive power of the arguments presented. In general, they supported compromise with a view to obtaining the broadest possible agreement.

The result of all these competing interests was a document that epitomized compromise. The Single Convention clearly upheld and expanded existing controls and in its breadth was the most prohibitionist document yet concluded, though it was not as stringent as it might have been. It was free of the costly features of the 1953 Opium Protocol, such as the provision restricting opium production to the seven specified countries. Sharman no longer negotiated for Canada, and Anslinger had played a minor role in the conference owing to conflicts with the U.S. State Department. The latter was content with the Convention because U.S. influence was assured within the UN supervisory bodies and the prohibitive framework had been expanded to include tight controls over coca and cannabis. Since the U.S. originated the idea of the Single Convention, walking out of the conference would have meant losing face in the UN and given the impression of weakness vis-à-vis the Soviet Union during a tense Cold War period.⁵²

The principal foundations of the previous treaties remained in place in the Single Convention.⁵³ Parties were still required to submit estimates of their drug requirements and statistical returns on the production, manufacture, use, consumption, import, export, and stockpiling of drugs.⁵⁴ The import certification system created by the 1925

⁵² Anslinger was extremely disappointed with the Single Convention because he believed that the opium control provisions were not stringent enough (e.g., Article 25 still allowed any country to produce up to five tons of opium annually, albeit subject to strict controls). He attempted to derail the Convention by lobbying countries to ratify the 1953 Opium Protocol in hopes of obtaining the number of ratifications needed to bring it into force. He failed, and his influence waned after that. (Bewley-Taylor (1999), page 136-161)

⁵³ Only the 1936 Trafficking Convention was not included in the Single Convention and remained in force separately, because agreement could not be reached on which of its provisions should be included in the Single Convention (McAllister (2000), page 207-208). Article 35 of the Single Convention simply encouraged cooperation between countries to combat illicit trafficking.

⁵⁴ Single Convention, Articles 19 and 20.

Geneva Convention was maintained. Parties were required to license all manufacturers, traders and distributors, and all transactions involving drugs had to be documented.⁵⁵ The Single Convention built on the trend of requiring Parties to develop increasingly punitive criminal legislation. Subject to their constitutional limitations, Parties were to adopt distinct criminal offences, punishable preferably by imprisonment, for each of the following drug-related activities in contravention of the Convention: cultivation, production, manufacture, extraction, preparation, possession, offering, offering for sale, distribution, purchase, sale, delivery on any terms whatsoever, brokerage, dispatch, dispatch in transit, transport, importation and exportation. ⁵⁶ Furthermore, the granting of extradition was described as "desirable."

The Convention assigned substances to one of four schedules based on level of control. Schedules I and IV were the most stringent and covered primarily raw organic materials (opium, coca, cannabis) and their derivatives, such as heroin and cocaine. Schedules II and III were less strict and contained primarily codeine-based synthetic drugs. At the U.S.'s insistence, cannabis was placed under the heaviest control regime in the Convention, Schedule IV. This regime included drugs such as heroin (the WHO considered any medical use of heroin to be "obsolete"). The argument for placing cannabis in this category was that it was widely abused. The WHO later found that cannabis could have medical applications after all, but the structure was already in place and no international action has since been taken to correct this anomaly.

The U.S. was pleased with the Single Convention as it broadened control over cultivation of the opium poppy, coca bush and cannabis plant, though the measures were not as stringent as the ones Anslinger had negotiated in the 1953 Opium Protocol.⁵⁸ Articles 23 and 24 of the Convention set up national opium monopolies and put very strict limitations on international trade in opium.

Article 49 of the Convention required Parties to completely eliminate all quasimedical use of opium, ⁵⁹ opium smoking, coca leaf chewing, and non-medical cannabis use within 25 years of the coming into force of the Convention. All production or manufacture of these drugs was also to be eradicated within the same period. Only Parties for which such uses were "traditional" could take advantage of delayed implementation; for others, prohibition was immediate. Since the implementation period ended in 1989, these practices are today fully prohibited, and the drugs may be used only for regulated medical and scientific purposes.

Apart from consolidating the previous treaties and expanding control provisions, the Single Convention also streamlined the UN's drug-related supervisory bodies. The PCOB and the DSB were merged in a new body, the International Narcotics Control Board (INCB), responsible for monitoring application of the Convention and

⁵⁵ *Ibid.*, Articles 21 and 29-32.

⁵⁶ Ibid., Article 36.

⁵⁷ *Ibid.*, Article 36(2).

⁵⁸ Single Convention, Articles 22-28.

⁵⁹ The limit was 15 years for the quasi-medical use of opium.

administering the system of estimates and statistical returns submitted annually by Parties.⁶⁰ The INCB was to have eleven members, three nominated by the WHO and eight by Parties to the Convention and UN members. The manufacturing lobby's effectiveness in the negotiations was evident in the knowledge requirement for WHO nominees: "medical, pharmacological or pharmaceutical experience." The INCB was given a limited power of embargo: it could recommend that Parties stop international drug trade with any Party that failed to comply with the provisions of the Convention. ⁶²

The Convention's emphasis on prohibition was reflected in the minimal attention paid to drug abuse problems. Only Article 38 touched on the social (demand) side of the drug problem by requiring Parties to "give special attention to the provision of facilities for the medical treatment, care and rehabilitation of drug addicts." Furthermore, it was considered "desirable" that Parties "establish adequate facilities for the effective treatment of drug addicts," but only if the country had "a serious problem of drug addiction and its economic resources [would] permit." The inadequate recognition of demand/harm reduction approaches, such as prevention through education, has been one of the key criticisms of both the Single Convention and international drug control treaties in general. 63

The Single Convention effectively consolidated several decades' worth of assorted drug control machinery into one key document administered by one principal body, the United Nations.

Convention on Psychotropic Substances

In the 1960s, following the signing of the Single Convention, drug use and abuse exploded around the world, especially in developed Western nations.⁶⁴ The increase was particularly evident in the pervasive use and availability of synthetic psychotropic substances developed since the Second World War, such as amphetamines, barbiturates and LSD. Most of these drugs were not subject to international control, and because national systems of regulation differed widely, trafficking and smuggling flourished.⁶⁵

Throughout the 1960s, the CND and the WHO debated the issue of control of psychotropic drugs at regular meetings and made various recommendations to member

⁶⁰ Single Convention, Articles 5 and 9-16.

⁶¹ Ibid., Article 9(1)(a).

⁶² Ibid., Article 14(2).

⁶³ See, for example, Report of the International Working Group on the Single Convention on Narcotic Drugs, 1961, Toronto, Addiction Research Foundation, 1983, page 10-11; recommendations 4, 5, 15, 19 and 20.

⁶⁴ See, for example, Vladimir Kuševic, (1977) "Drug Abuse Control and International Treaties", *Journal of Drug Issues*, Vol. 7, No. 1, page 35-53. See also McAllister (2000), page 218-220; Musto (1999), ch. 11; McAllister (1992), page 153-162; Bruun *et al.* (1975), ch. 16; Inglis (1975), ch. 13.

⁶⁵ The U.S. attempted to regulate psychotropic substances through the Bureau of Drug Abuse Control, established under the *Drug Abuse Control Act of 1965*. This statute also shifted the constitutional basis for drug control from the taxing power to interstate and commerce powers, a change that led to the demise of Anslinger's Federal Bureau of Narcotics and the birth of the Bureau of Narcotics and Dangerous Drugs (BNDD) under the federal Department of Justice. (Musto (1999), page 239-240)

states concerning the national control of particular substances, including stimulants, sedatives and LSD. In January 1970, the CND discussed a draft treaty prepared by the UN Division of Narcotic Drugs on the international control of psychotropic drugs. Following some modifications by the CND, this document became the basis for negotiations at a plenipotentiary conference convened in Vienna on 11 July 1971; this conference produced the Psychotropics Convention. ⁶⁶

The 1961 Single Convention had been used as a template for the draft Psychotropics Convention, and many of the former's features are found in the latter: CND/INCB administrative authority, schedules establishing different levels of control for different drugs, mandatory transaction documentation and licensing, an import/export control system, illicit trafficking provisions and criminal sanctions. Though superficially quite similar, the two Conventions are in fact extremely different. The Psychotropics Convention imposes much weaker controls. The reason for this becomes apparent when the positions of the negotiating stakeholders are examined and selected parts of the two treaties are carefully compared.⁶⁷ The overwhelming influence of the multinational pharmaceutical industry on the Psychotropics Convention was particularly obvious.⁶⁸

In contrast to the five negotiating groups identified by McAllister for the Single Convention, there were only two distinct blocs with conflicting positions at the Vienna conference. One group included mostly developed nations with powerful pharmaceutical industries and active psychotropics markets; this was essentially the "manufacturing group." The other group consisted of developing states, supported by the socialist countries, with few psychotropic manufacturing facilities; this was to a large extent the "organic group." At the 1971 negotiations, however, the positions of the two groups were *completely reversed*. The manufacturing group adopted the traditional arguments of the organic group: weak controls, national as opposed to international controls, and national sovereignty taking precedence over any supranational UN body. The rationale for these positions was that strict controls would be difficult to enforce and would cause financial loss. The organic group, on the other hand, pushed hard for strict controls similar to those it had been forced to accept in the Single Convention. ⁶⁹

⁶⁶ Kuševic (1975), page 38.

⁶⁷ McAllister (1992), page 154-162; Kuševic (1975), page 38-41. McAllister's comparison is highly detailed, and well worth reading; Kuševic provides useful background and commentary. See also S.K. Chatterjee (1988) *A Guide to the International Drugs Conventions*, London: Commonwealth Secretariat, page 15-33, for a more technical, lower-level comparison of the two Conventions.

⁶⁸ The lead author of the preliminary draft, Arthur Lande, had ended his career at the UN shortly before the Vienna conference. He attended the conference as representative of the U.S. Pharmaceutical Manufacturer's Association, one of many industry observers. Another example of the industry's blatant influence involved a group of six small Latin American countries. They uncharacteristically supported weakening the treaty and were all represented by a Swiss national who was not fluent in Spanish and was not a government official, a diplomat or a narcotics expert. He worked for the European pharmaceutical giant Hoffmann-LaRoche. (McAllister (2000), page 232; Kuševic (1975), page 39)
69 McAllister (1992), page 154; Kuševic (1975), page 39.

A comparison of the Preambles of the two Conventions is revealing. Although the Preamble is not legally binding, it encapsulates the spirit of the instrument. In the Single Convention, addiction is described as "a serious evil for the individual ... fraught with social and economic danger to mankind." It is recognized, however, that "the medical use of narcotic drugs continues to be indispensable for the relief of pain and suffering and that adequate provision must be made to ensure the availability of narcotic drugs for such purposes." By contrast, the Psychotropics Convention makes no mention of the "serious evil" of "addiction," but rather notes "with concern the public health and social problems resulting from the abuse of certain psychotropic substances." As well, it is recognized that "the use of psychotropic substances for medical and scientific purposes is indispensable and that their availability for such purposes should not be unduly restricted." The overall tone of the Psychotropics Convention Preamble is less harsh, and it implies that "abuse of certain," not all, psychotropics, is not as serious a problem as "addiction to narcotic drugs" in general.

The approach to categorizing drugs by means of schedules with varying levels of control also differed between the two Conventions. In the 1961 Single Convention negotiations, when the placement of a drug in a particular schedule was disputed, the drug almost always ended up in a schedule not favoured by the organic group – for example, the placement of cannabis in Schedule IV. The manufacturing group's insistence on this classification method was based on the idea that narcotic drugs should be considered hazardous until proven otherwise. This reasoning did not apply, however, when U.S. economic interests were at stake. In 1971, the U.S. delegation argued forcefully and often successfully that organic raw materials should be assigned to the strictest schedules, while their manufactured derivatives should be placed in the weaker schedules.

The Psychotropics Convention also contains four schedules of control, but they are substantially different in nature and organization from those of the Single Convention. For example, the most stringent schedule in the Single Convention is Schedule IV, 70 which is equivalent to Schedule II in the Psychotropics Convention. In both cases, the drugs included may be used only by authorized persons in government-operated medical or scientific institutions, and their manufacture, import and export are strictly controlled. The weakest schedule in the Psychotropics Convention is Schedule IV, which contains tranquilizers. Some manufacturing states tried to eliminate Schedule IV by arguing that such drugs were sufficiently regulated by national controls and that international control was therefore unnecessary. In the end, Schedule IV was retained, albeit with a much shorter list of drugs. However, the principle on which drugs were classified was completely reversed, in particular by the U.S.: "unless there was substantial proof that a substance was harmful, it should remain uncontrolled."

⁷⁰ Which includes cannabis and heroin, for example.

⁷¹ Which includes hallucinogens, such as LSD.

⁷² McAllister (1992), page 158.

Another key difference between the two Conventions is revealed by a close comparison of the schedules. Previous treaties, including the Single Convention, not only covered the base substances but also extended control to include their salts, esters, ethers and isomers, i.e., their derivatives. In contrast, derivatives were *completely absent* from the schedules of the Psychotropics Convention. As a result, every substance to be covered under the treaty regime must be specified by name. In practical terms, that is impossible because new derivatives are constantly being produced, and they comprise 95 per cent of the substances developed by pharmaceutical firms. If a general reference to derivatives had been included, new substances would have been covered automatically. This omission was apparently the result of a deal made between political representatives when the technical experts were not present; the derivatives had to be sacrificed in order to get the manufacturing states to sign the treaty.⁷³

The system of estimates set out in Article 19 of the Single Convention requires Parties to report annually to the INCB how much of each controlled substance they will need for the next year. This system is one of the pillars of the international drug control regime and dates back to the second Geneva conference, which led to the 1925 International Opium Convention. It was completely excluded from the Psychotropics Convention. As McAllister has pointed out, "[t]his omission was clearly in the interests of the manufacturing states, because without estimates of need it is impossible to calculate whether more of a substance than can legitimately be put to use is being fabricated." This allowed multinationals to manufacture unlimited quantities of psychotropic substances without being constrained by annual production limits based on licit need.

These omissions—derivatives and estimates—were largely corrected during the 1970s and 1980s through quiet recourse to customary international law by the DND and the INCB. The latter asked Parties to submit psychotropics information and statistics not required by the Convention. The initial positive responses from various organic group states were then used to persuade others to follow suit. Similarly, the CND and the WHO simply announced that derivatives would be included in the schedules. Some governments complied and others were eventually forced by international pressure to do likewise.

Article 3 of the Single Convention gives the WHO the key role in determining whether, on the basis of a medical or scientific analysis, a new drug should be added to a schedule and thus placed under international control. The WHO's recommendation is submitted to the CND, which makes the final decision. However, any Party may appeal the CND's decision to ECOSOC within 90 days. ECOSOC's decision is final. While a decision is being appealed, the CND may still require Parties to place control measures on the substance in question.

Under the Psychotropics Convention, the WHO continues to make recommendations based on medical and scientific criteria. However, Article 2(5)

⁷³ McAllister (2000), page 233.

⁷⁴ McAllister (1992), page 157.

explicitly directs the CND to bear in mind "the economic, social, legal, administrative and other factors it may consider relevant" in coming to its decision. Furthermore, Article 17(2) states that the CND's decision is subject to approval by a two-thirds majority of CND members. The CND's decision may still be appealed to ECOSOC, and Parties have up to 180 days to do so. In addition, ECOSOC's decision is not necessarily final; there is the possibility of continual appeals. Lastly, while a decision is being appealed, Article 2(7) allows a Party to take "exceptional action" and exempt itself from certain control measures ordered by the CND pending the outcome of the appeal. The cumulative effect of all of these additions to the Psychotropics Convention is that it can be much harder for the WHO to bring a new psychotropic drug within the control system than to add a new narcotic drug to the Single Convention.

The criteria for placing a new drug under control also differ between the two Conventions. According to Article 3 of the Single Convention, a narcotic drug will come within the control regime if it is "liable to similar abuse and productive of similar ill effects as the drugs" in the relevant schedule. The prerequisites under Article 2(4) of the Psychotropics Convention are significantly more stringent. The WHO must find:

- (a) that the substance has the capacity to produce
- (i) (1) a state of dependence, and
- (2) central nervous system stimulation or depression, resulting in hallucinations or disturbances in motor function or thinking or behaviour or perception or mood, or
- (ii) similar abuse and similar ill effects as a substance in Schedule I, II, III or IV, and that there is sufficient evidence that the substance is being or is likely to be abused so as to constitute a public health and social problem warranting the placing of the substance under international control.

Taking the lead for the manufacturing group on this point, the U.S. and Britain were the most adamant about including such highly restrictive criteria.⁷⁶

The Psychotropics Convention is far ahead of the Single Convention's superficial attempt to address the demand side of drug problems (Article 38 described above). Article 20 of the 1971 treaty is a milestone in that it introduced the concepts of public education and abuse prevention into the legal infrastructure of international drug control. In particular, it enjoins Parties to "take all practical measures for the prevention of abuse of psychotropic substances and for the early identification, treatment, education, after-care, rehabilitation and social reintegration of the persons involved, and [to] coordinate their efforts to these ends." Parties are also required to promote "as far as possible" the training of personnel to carry out these tasks and encouraged to further the study and public awareness of etiological issues related to abuse. Although these provisions leave plenty of room for countries to avoid taking measures, they are a definite improvement over the Single Convention.

⁷⁵ The U.S. tried to increase it to a three-quarters majority. (McAllister, 2000, page 161)

⁷⁶ Ibid., page 159.

The penal provisions in Article 22 of the Psychotropics Convention allow states to use treatment, education, after-care, rehabilitation and social reintegration instead of just conviction or punishment in dealing with abusers who commit offences under the Convention. While the acknowledgement of treatment and rehabilitation is an improvement over previous strictly penal provisions, such measures are intended as a supplement to imprisonment rather than as an alternative.⁷⁷

On the whole, the 1971 negotiations resulted in a treaty that was significantly weaker than the Single Convention. Furthermore, any possibility of revisiting the provisions of the Psychotropics Convention was not realistic in the early 1970s, as a new chapter in the U.S. "war on drugs" was beginning.⁷⁸

Protocol amending the Single Convention on Narcotic Drugs, 1961

In the early 1970s, U.S. President Richard Nixon officially declared "war on drugs" in response to the massive drug abuse in the U.S. and the social damage it was causing. This announcement had global repercussions. 79

In 1971, as part of the Nixon administration's international anti-narcotics campaign, U.S. officials suggested creating a government-funded, UN-administered fund to combat drug abuse.⁸⁰ The United Nations Fund for Drug Abuse Control (UNFDAC) was launched in 1971 with an initial \$2 million donation from the U.S. Other governments were reluctant to contribute because of the motives behind the Fund. This reluctance was well founded as UNFDAC essentially became a U.S. tool.

The United Nations, Commentary on the United Nations Convention Against Illicit Traffic in Narrotic Drugs and Psychotropic Substances, Done at Vienna on 20 December 1988, New York: United Nations, 1976, page 353-354.

⁷⁸ The U.S. war on drugs is considered to have begun with the enactment of a federal drug control law known as the *Harrison Narcotics Act of 1914*, and has continued ever since at varying levels of intensity. The most recent supporters of the war on drugs include President Nixon in the late 1960s and early 1970s, President Ronald Reagan in the 1980s, President George Bush in the late 1980s and early 1990s, President Bill Clinton in the 1990s and now President George W. Bush. A great deal has been written about the war on drugs. See, for example, Steven R. Belenko, ed., *Drugs and Drug Policy in America: A Documentary History*, Westport, Connecticut: Greenwood Press, 2000; H. Richard Friman, *NarcoDiplomacy: Exporting the U.S. War on Drugs*, Ithaca, New York: Cornell University Press, 1996; James A. Inciardi, *The War on Drugs: Heroin, Cocaine, Crime, and Public Policy*, Palo Alto, California: Mayfield Publishing Company, 1986; Kenneth J. Meier, *The Politics of Sin: Drugs, Alcohol and Public Policy*, Armonk, New York: M.E. Sharpe, 1994; Musto (1999); William O. Walker III, *Drug Control in the Americas*, revised edition, Albuquerque, New Mexico: University of New Mexico Press, 1989; Steven Wisotsky, *Beyond the War on Drugs: Overcoming a Failed Public Policy*, Buffalo, New York: Prometheus Books, 1990.

⁷⁹ Musto (1999), page 248-259; Bruun *et al.* (1975), ch. 10.

⁸⁰ The U.S. campaign included massive international funding for crop substitution, technical assistance to improve the administration and law enforcement, initiatives to combat smuggling, and coordination of educational programs. However, many developing countries were wary of U.S. money with strings attached. The Americans saw the Fund as a way to get around that reluctance. (McAllister (2000), page 236-237)

The emphasis was on law enforcement and crop substitution rather than abuse and demand-oriented strategies. Money went primarily to projects that involved U.S. allies and focused on countries where the U.S. had been unable to stop opium production. 81

The Fund was also sharply criticized for succumbing to the inefficiency of the UN's bureaucratic machinery: "A large proportion of the money allocated to the Fund's various programs is in fact spent on supporting an ever-expanding bureaucracy to administer the programs. Indeed many of the Programs appear to serve no purpose other than to provide occupation for the enlarged secretariats." ⁸² It was also argued that the UNFDAC should be transferred from the drug control bodies under ECOSOC to the United Nations Development Program, which was better able to assess the development and aid needs of recipient countries. ⁸³

Another key initiative of the Nixon administration was to strengthen the Single Convention. As a result of heavy U.S. lobbying, a UN plenipotentiary conference was convened in March 1972 to amend the Convention. As What came out of the conference was the Single Convention Protocol. The main goal of the amendments was to expand the INCB's role in controlling licit and illicit opium production and illicit drug trafficking in general. The U.S. wanted to revive certain aspects of the 1953 Opium Protocol by attempting to reduce licit opium production. However, in 1972, licit production was just meeting licit demand, and &w countries were willing to risk a global shortage of opium for medical use. Consequently, the U.S. proposals were significantly diluted.

The backbone of the Single Convention Protocol consists of provisions that enhance the INCB's powers, especially in relation to illicit trafficking. In Article 2 of the Single Convention, the definition of the INCB's functions now includes an explicit reference to the prevention of "illicit cultivation, production and manufacture of, and illicit trafficking in and use of, drugs." Article 35 encourages Parties to supply the INCB and the CND with information on the illicit drug activity in their territory; as well, the INCB is empowered to advise Parties on their efforts to reduce illicit drug trafficking. When Parties conclude extradition treaties with one another, such agreements are now deemed to automatically include the drug-related offences set out in the Single Convention, including trafficking. 86 Article 22(2) of the Psychotropics Convention says only that it is "desirable" that such offences be made extraditable.

⁸¹ *Ibid.*, page 238.

⁸² Bruun et al. (1975), page 281.

⁸³ Ibid., page 282; Kuševic (1975), page 51.

⁸⁴ U.S. ambassadors were selected specifically for the purpose of visiting signatory countries to persuade their leaders to support the amendments proposed by the U.S. It is widely believed that the conference was largely an instrument that Nixon planned to use in the approaching presidential election. (Kuševic (1975), page 47)

⁸⁵ Kuševic (1975), page 48. According to Kuševic, it would have been better to try to reduce the diversion of licit demand into the illicit market.

⁸⁶ Single Convention, Article 36, as amended by the Single Convention Protocol, Article 14.

The Protocol amended the Single Convention's abuse prevention provisions to bring them into line with Article 20 of the Psychotropics Convention. ⁸⁷ The amended Single Convention also echoes the Psychotropics Convention by now allowing countries to use "treatment, education, after-care, rehabilitation and social reintegration" either as an alternative to or in addition to conviction or punishment. ⁸⁸

Although not as stringent as originally intended by the U.S., the Single Convention Protocol continued the prohibitive tradition of the international drug control regime, especially against opium, and stepped up the war on illicit trafficking.

Convention against Illicit Traffic in Narcotic Drugs and Psychotropic Substances

Numerous national and regional drug control initiatives were launched in the 1970s and 1980s. ⁸⁹ In Europe, the Co-operation Group to Combat Drug Abuse and Illicit Trafficking in Drugs, also known as the "Pompidou Group," was created to facilitate discussions between countries. In addition, the Heads of National Law Enforcement Agencies (HONLEA) met regionally - in Asia and the Pacific in the 1970s, and in Africa, Latin America and Europe in the 1980s - to improve police and customs drug enforcement cooperation. INTERPOL expanded its operations and became "an important clearinghouse for information and a sponsor of local, regional, and global drug enforcement meetings." ⁹⁰

Meanwhile, concerns arose within the UN and among its main control-oriented members that the anti-trafficking efforts of the international drug control system were being compromised by the fact that certain nations were not Parties to the Conventions or did not have domestic law enforcement systems capable of properly combating illicit trafficking. In 1984, the UN General Assembly adopted resolution 39/141, which called on ECOSOC to instruct the CND to prepare "as a matter of priority" a draft convention considering "the various aspects of the problem [of illicit drug trafficking] as a whole and, in particular, those not envisaged in existing international instruments." Thus, the goal was to add an additional, trafficking-specific layer to the drug control system to complement the two existing Conventions.

⁸⁷ Ibid., Article 38, as amended by the Single Convention Protocol, Article 15.

⁸⁸ Ibid., Article 36, as amended by the Single Convention Protocol, Article 14.

⁸⁹ In the U.S., the war on drugs lost some momentum in the 1970s during the administrations of Presidents Gerald Ford and Jimmy Carter. Eleven U.S. states decriminalized certain aspects of marijuana regulation and were supported by well-known organizations such as the American Medical Association, the American Bar Association, the American Public Health Association and the National Council of Churches. President Ronald Reagan reversed this trend in the early 1980s. (Wisotsky (1990), page xviii)

⁹⁰ McAllister (2000), page 242-243.

⁹¹ Bewley-Taylor (1999), page 167; David P. Stewart, "Internationalizing the War on Drugs: The UN Convention Against Illicit Traffic in Narcotic Drugs and Psychotropic Substances," *Denver Journal of International Law and Policy*, Vol. 18, No. 3, Spring 1990, page 387-404.

The draft treaty was finalized at the 1987 UN Conference on Drug Abuse and Illicit Trafficking. Also at this Conference, a Comprehensive Multidisciplinary Outline of Future Activities in Drug Abuse Control⁹² (CMO) was adopted to encourage states to fulfil their existing treaty obligations. The CMO focused on four areas: (1) prevention and reduction of illicit demand; (2) control of supply; (3) suppression of illicit trafficking; and (4) treatment and rehabilitation. Many of the objectives described in the CMO were reflected in the draft treaty. Between 25 November and 20 December 1988, representatives of 106 states met in Vienna to negotiate a final text. The result was the Trafficking Convention.

The Trafficking Convention is essentially an instrument of international criminal law. Its aim is to harmonize criminal legislation and enforcement activities worldwide with a view to curbing illicit drug trafficking through criminalization and punishment. Under the Convention, Parties are required to enact and implement very specific criminal laws aimed at suppressing illicit trafficking. These laws relate to such aspects of the problem as money laundering, confiscation of assets, extradition, mutual legal assistance, illicit cultivation, and trade in chemicals, materials and equipment used in the manufacture of controlled substances. As with the other two Conventions, the CND and the INCB are charged with administration of the Convention. Furthermore, for minor offences, the Trafficking Convention allows demand-side measures to be used as an alternative to conviction or punishment.⁹³

The Preamble describes illicit trafficking as "an international criminal activity" and points out the "links between illicit traffic and other related organized criminal activities which undermine the legitimate economies and threaten the stability, security and sovereignty of States." It also stresses "the importance of strengthening and enhancing effective legal means for international co-operation in criminal matters for suppressing the international criminal activities of illicit traffic." Even the single reference in the Preamble to demand-side issues is couched in terms specific to criminal law: "Desiring to eliminate the root causes of the problem of abuse of narcotic drugs and psychotropic substances, including the illicit demand for such drugs and substances and the enormous profits derived from illicit traffic" (emphasis added). The implication is that drug users also are to be considered criminals. The Preamble clearly reflects its prohibitionist roots, even explicitly reaffirming "the guiding principles of existing treaties in the field of narcotic drugs and psychotropic substances and the system of control which they embody."

Accordingly, the cornerstone of the Trafficking Convention is Article 3: "Offences and Sanctions." Here the treaty breaks new ground by *requiring* that Parties "legislate as necessary to establish a modern code of criminal offences relating to the

⁹² Declaration of the Conference on Drug Abuse and Illicit Trafficking, and Comprehensive Multidisciplinary Outline of Future Activities in Drug Abuse Control, UN document ST/NAR/14, 1988.

⁹³ For a detailed description of the provisions of the Trafficking Convention, see William Gilmore, Combating International Drugs Trafficking: The 1988 United Nations Convention Against Illicit Traffic in Narvotic Drugs and Psychotropic Substances, London: Commonwealth Secretariat, 1991; Stewart (1990). Since Stewart was a member of the U.S. delegation that took part in the negotiations, his article presents the U.S. perspective on the treaty.

various aspects of illicit trafficking and to ensure that such illicit activities are dealt with as serious offences by each State's judiciary and prosecutorial authorities." ⁹⁴ The mandatory offences, set out in Article 3(1), include the following:

- The production, manufacture, distribution or sale of any narcotic drug or psychotropic substance in violation of the provisions of the Single Convention or the Psychotropics Convention;
- The cultivation of the opium poppy, coca bush or cannabis plant in violation of the above Conventions;
- The possession or purchase of any narcotic drug or psychotropic substance for the purpose of illicit trafficking;
- The manufacture, transport or distribution of materials, equipment and substances for the purpose of illicit cultivation, production or manufacture of narcotic drugs or psychotropic substances;
- The organization, management or financing of any of the above offences.95

Furthermore, Article 3(2) of the Trafficking Convention requires each Party, subject to its constitutional principles and the fundamental principles of its legal system, to establish criminal offences for the possession, purchase or cultivation of drugs for personal consumption.

SOME LEEWAY?

Three points bear making concerning the substance of the current conventions.

The first has to do with the absence of definitions. The terms drugs, narcotics and psychotropics are not defined in any way except as lists of products included in schedules. It follows that any natural or synthetic substance on the list of narcotics is, for the purposes of international law, a narcotic, and that a psychotropic is defined in international law by its inclusion in the list of psychotropics. The only thing that the 1961 Convention tells us about the substances to which it applies is that they can be abused. The 1971 Psychotropics Convention, which, as noted earlier, reversed the roles in that the synthetic drug producing countries wanted narrower criteria, indicates that the substances concerned may cause dependence or central nervous system stimulation or depression and may give rise to such abuse as to "constitute a public health problem or a social problem that warrants international control."

The second point, following from the first, relates to the arbitrary nature of the classifications. While cannabis is included, along with heroin and cocaine, in Schedules

⁹⁴ United Nations, Commentary on the United Nations Convention Against Illicit Traffic in Narcotic Drugs and Psychotropic Substances, Done at Vienna on 20 December 1988, New York: United Nations, 1976, page 48.

⁹⁵ See Stewart (1990), page 392; Gilmore (1991), page 5.

⁹⁶ Caballero and Bisiou, op. cit., page 26.

I and IV of the 1961 Convention, which carry the most stringent controls, it is not even mentioned by name in the 1971 Convention, though THC is listed as a Schedule I psychotropic along with mescaline, LSD and so on. The only apparent criterion is medical and scientific use, which explains why barbiturates are in Schedule III of the 1971 Convention and therefore subject to less stringent controls than natural hallucinogens. These classifications are not just arbitrary, but also inconsistent with the substances' pharmacological classifications and their danger to society.

Third, if there was so much concern about public health based on how dangerous "drugs" are, one has to wonder why tobacco and alcohol are not on the list of controlled substances.

We conclude from these observations that the international regime for the control of psychoactive substances, beyond any moral or even racist roots it may initially have had, is first and foremost a system that reflects the geopolitics of North-South relations in the 20th century. Indeed, the strictest controls were placed on organic substances - the coca bush, the poppy and the cannabis plant - which are often part of the ancestral traditions of the countries where these plants originate, whereas the North's cultural products, tobacco and alcohol, were ignored and the synthetic substances produced by the North's pharmaceutical industry were subject to regulation rather than prohibition. It is in this context that the demand made by Mexico, on behalf of a group of Latin American countries, during the negotiations leading up to the 1988 Convention, that their use be banned must be understood. It was a demand that restored the balance to a degree, as the countries of the South had been forced to bear the full brunt of the controls and their effects on their own people since the inception of drug prohibition. The result may be unfortunate, since it reinforces a prohibitionist regime that history has shown to be a failure, but it may have been the only way, given the mood of the major Western powers, to demonstrate the irrationality of the entire system in the longer term. In any case, it is a short step from there to questioning the legitimacy of instruments that help to maintain the North-South disparity yet fail miserably to reduce drug supply and demand.

Putting aside such questions of substance, we will now examine how much leeway countries have within the current conventions to adopt less prohibitionist policies.

Several states have adjusted their criminal enforcement systems to allow *de facto* possession of small amounts of certain soft drugs, such as cannabis and its derivatives, for personal consumption while remaining within the legal bounds of the Conventions. ⁹⁷ Although the Conventions do not permit legalization or even decriminalization of possession, those countries have circumvented the limitations by criminalizing possession, as required by the treaties, but not strictly enforcing the

⁹⁷ For example, Belgium, Denmark, Germany, the Netherlands, Poland and some Australian states. Switzerland is currently considering a bill to legalize cannabis. The next chapter provides more detail on the Australian, Dutch and Swiss approaches in particular.

legislation, or they have effectively "depenalized" the offences by exempting them from punishment. 98

According to some observers, such approaches clearly violate the spirit of the Conventions, especially the Trafficking Convention, which seems to use the term "trafficking" very broadly to include demand-side activities within a supply-oriented control regime. Yet there is a legal basis for these "softer" approaches because the treaties do not explicitly forbid them.

The hard-nosed criminal law approach adopted by the international drug control system has drawn criticism from human rights activists. Some maintain that the imprisonment penalties are excessive for soft-drug offences such as possession of a small amount of cannabis for personal consumption. 99 It is argued that imprisonment in such circumstances is disproportionate to the offence and therefore violates the inherent dignity of persons, the right to be free from cruel and degrading punishment, and the right to liberty, as set out in such instruments as the Universal Declaration of Human Rights, the International Covenant on Civil and Political Rights, and the Convention against Torture and Other Cruel, Inhuman or Degrading Treatment or Punishment. 100 It has also been argued that drug use is a human right and should be recognized as such in the Universal Declaration of Human Rights. 101

The Trafficking Convention is the only one of the three Conventions that mentions human rights. Article 14(2) of the Trafficking Convention explicitly requires Parties "to respect fundamental human rights" when they take measures to prevent and eradicate the illicit cultivation of plants containing narcotic or psychotropic substances, such as opium, cannabis and coca. The same provision also requires states to take into account traditional licit uses, where there is historical evidence of such use, and protection of the environment.

There are three factors that provide states, including Canada, with some leeway. The first is the fact that the conventions recognize the primacy of national legal systems. Indeed, the international drug agreements have no direct application in

⁹⁸ See Krzysztof Krajewski, "How flexible are the United Nations drug conventions?" *International Journal of Drug Policy*, No. 10, 1999, page 329-338. Krajewski provides an excellent overview of the conventions' legal limits in the area of legalization and prohibition. He concludes that legalization or decriminalization would probably require amendment of Article 3(2) of the Trafficking Convention. See also the discussion on legalization in Dupras (1998), page 24-33; and Alfons Noll, "Drug abuse and penal provisions of the international drug control treaties," *Bulletin on Narcotics*, Vol. XXIX, No. 4, October/December 1977, page 41-57.

⁹⁹ See, for example, the following pages on the Web site of Human Rights Watch, a human rights non-governmental organization: http://www.hrw.org/worldreport99/special/drugs.html.

¹⁰⁰ The full text of these international instruments is available on the Web site of the Office of the UN High Commissioner for Human Rights: http://www.unhchr.ch/html/intlinst.htm.

¹⁰¹ See Erik Van Ree, "Drugs as a Human Right," *International Journal of Drug Policy*, Vol. 10, 1999, page 89-98. Van Ree proposes the addition of a new Article 31 to the *Universal Declaration of Human Rights*. Everyone has the right to use psychotropic substances of one's own choice.

national law. To make them enforceable within its territory, the state must enact a law; in Canada, that law is the Controlled Drugs and Substances Act. Specifically, the conventions variously state that the proposed penalties are to be imposed "subject to [the Parties'] constitutional provisions" or "having due regard to their constitutional, legal and administrative systems." In Canada, the provisions of the Canadian Charter of Rights and Freedoms and the interpretations given to them by the Supreme Court are the framework for interpreting the international conventions on drugs.

The second, slightly more technical point suggests that sanctions for possession apply only to possession for the purposes of trafficking, especially in view of this provision's position between two articles on trafficking and of its earlier wording. 102 Failing to punish people for possession for personal use would not be, strictly speaking, prohibited. That is the legal opinion of an expert asked by Switzerland's Federal Office of Public Health to comment on its draft legislation to legalize cannabis: [Translation] "The statute's general depenalization of the consumption and small-scale cultivation of cannabis would be compatible with the conventions." 103 With regard to cannabis trade and supply, the author writes: [Translation] "Even though regulating cannabis trade with a licensing system does not appear to be out of the question, some practical problems remain, partly because of the control mechanisms required by the 1961 Convention, and partly because the international community interprets the 1988 Convention as an obligation to punish the buying and selling of cannabis." 104

The third factor is that the conventions impose moral obligations on states and not legal obligations, much less penalties or sanctions for violating them, and that they also include review or amendment mechanisms.

CONCLUSIONS

As we have seen in Chapters 5, 6 and 7, cannabis is widely used in every part of the world, does not have the harmful effects ascribed to it, and poses little risk to public health. Consequently, it in no way deserves to be included in the convention schedules that list what are supposed to be the most dangerous drugs. Cannabis even has therapeutic uses recognized by Canadian courts. For the above reasons, we recommend that Canada notify the international community of its intent to seek

¹⁰² See Daniel Dupras (1998) Canada's International Obligations under the Leading International Conventions on the Control of Narcotic Drugs. Ottawa: Library of Parliament, available on the Committee's Web site at www.parl.gc.ca/illegal-drugs.asp.

¹⁰³ Peith, M., (2001) "Compatibilité de différents modèles de dépénalisation partielle du cannabis avec les conventions internationales sur les stupéfiants" [Compatibility of various models of partial depenalization of cannabis with international narcotics conventions]. Legal opinion requested by the Federal Office of Public Health of the Swiss Confederation, page 14.

¹⁰⁴ Ibid., page 15.

the declassification of cannabis as part of a public health approach that would include stringent monitoring and evaluation

Conclusions of Chapter 19 > The series of international agreements concluded since 1912 have failed to achieve their ostensible aim of reducing the supply of drugs. The international conventions constitute a two-tier system that regulates the synthetic substances produced by the North and prohibits the organic substances produced by the South, while ignoring the real danger which those substances represent to public health. When cannabis was included in the international conventions in 1925, there was no knowledge of its effects. > The international classifications of drugs are arbitrary and do not reflect the level of danger those substances represent to health or to society. Canada should inform the international community of the conclusions of our report and officially request the declassification of cannabis and its derivatives.

CHAPTER 20

PUBLIC POLICIES IN OTHER COUNTRIES

As just seen, the international conventions provide the framework for the criminal policy approaches the signatory states may adopt. We have also seen that interpretations vary as to the nature of the obligations they create, specifically with regard to use, and thus possession, for personal purposes. Some interpretations go so far as to suggest that, with regard to cannabis, certain forms of regulation of production could be possible, without violating the provisions of the conventions, as long as the State took the necessary steps to penalize illegal trafficking.

The vast majority of Canadians have heard about the "war on drugs" which the USA is conducting and about its prohibitionist approach, but many would be surprised to see the major variations between states, indeed between cities, within that country. Even fewer know that Sweden enforces a prohibitionist policy at least as strict as that of the US, but through other means. Many of us have, in one way or another, heard about the "liberal" approach introduced in the Netherlands in 1976. Fewer people know of the Spanish, Italian, Luxembourg or Swiss approaches, which are even more liberal in certain respects. More recently, Canadians learned of the decision by the UK's Minister of the Interior to reclassify cannabis as a Class C drugs, but it is not clear that we know precisely what that means. In view of the preconceptions that many may have in relation to France with regard to wine, many may be surprised to learn that its policy on cannabis appears more "conservative" than that of neighbouring Belgium, for example.

As may be seen, once the overall framework of the puzzle has been established by the international community, ways of putting the pieces together vary widely between states, and at times among the regions of a single state. That is why, in order to learn about the experience and approaches of other countries, the Committee commissioned a number of research reports on the situations in other countries¹ and heard representatives of some of those countries in person.²

We of course had to make some choices, limiting ourselves to the western countries of the northern hemisphere. This is a weak point, we agree, but our resources

We heard representatives of the United States, France, the Netherlands and Switzerland.

¹ Those reports, prepared by the Parliamentary Research Branch staff, concern Australia, the United States, France, the Netherlands, the United Kingdom, Sweden and Switzerland. Exact references appear in Appendix B.

were limited. In addition, as we wanted to compare public policies with data on use trends and judicial practices, we were forced to choose countries with an information base. In our hearings of representatives of those countries, we were mainly limited by time.

In this chapter, we describe the situations in five European countries – France, the Netherlands, the United Kingdom, Sweden and Switzerland – and in Australia and the United States.

FRANCE³

Different forms of logic

The new direction taken by the Law of 1970,⁴ currently in effect, which penalizes drug use, is, in some respects, more apparent than real. Internal public policy had begun to change in the late nineteenth century, leading to the adoption of the great law on narcotics in 1916, providing criminal penalties for importing, trafficking, possession and use. That legislation, which was particularly strictly enforced for the time (up to three years in prison for narcotics offences) introduced the offence of "use in society". Its passage had been preceded by an intensive "public health campaign" in which narcotics were [translation] "accused by their detractors of being the root of most of society's ills, that is to say of comprehensively promoting depopulation, moral decadence and, even worse, violent and criminal acts".⁵

That law was supplemented by the Law of 1922 and the Executive Order of 1939, which stepped up and reinforced its prescriptions. The Law of 1922 required judges to order out of the country persons convicted of trafficking or facilitating use, while the Executive Order increased prison terms to five years. The Law of 1922 also authorized the police to enter homes without prior legal authorization. In Charras' view, "these various provisions made the French legislation one of the most draconian in Europe." 6

The "therapeutic injunction", another factor causing tension in the 1970 legislation, is in some instances considered the very core of France's drug legislation. Under that provision, [translation] "an obligation of care may be imposed on every drug user at three points in the penal process:

³ In this section, we have drawn on a study report prepared by the Library of Parliament: C. Collin, *National Drug Policy: France*, Ottawa: Library of Parliament, 2001, report prepared for the Senate Special Committee on Illegal Drugs.

⁴ Law No. 70-1320 of December 31, 1970, respecting health measures in the fight against substance abuse and repression of the trafficking in and use of poisonous substances.

⁵ I. Charras, "L'État et les 'stupéfiants'" : archéologie d'une politique publique répressive", in *Drogue. Du bon usage des politiques publiques.* Les cahiers de la sécurité intérieure, page 13.

⁶ I. Charras, op. cit., pages 15-16.

- upon entry into the judicial process, the prosecution may propose an alternative to trial;
- during trial, the trial judge or juvenile court judge may impose medical supervision;
- at sentencing, the court may impose a health measure either because the user has previously refused it or, on the contrary, to extend it if it commenced under the previous article." 7

Characterized as a [translation] "humanist counterweight to a repressive policy",8 the therapeutic injunction has often been considered by various French observers as an awkward compromise between police powers on the one hand and medical powers on the other.9

However, in characterizing the French system as falling between repressing the user as an "offender" and treating him as a "patient", there is a risk of disregarding another aspect of the French approach to drugs at least until the 1970s: the country's foreign policy and the logic of its tax system.

[Translation] "The prohibition against drugs is a recent phenomenon. Unlike China, which, since the eighteenth century, has sought to prohibit the use of opium, European countries did not discuss prohibition until the twentieth century. Furthermore, prohibition did not actually become effective until after the 1950s, and there has been no real desire to provide medical care to users until the past 20 years. Before being prohibited or prescribed, narcotic use was taxed through opium and cannabis tax monopolies." 10

Bisiou identifies five known monopolies in the listory of colonial France: India from 1864 to 1954, Indochina from 1864 until 1975, in Laos; Oceania from 1877 to 1922 and two cannabis monopolies operated concurrently with tobacco monopolies, one in Tunisia between 1881 and 1954 and the other in Morocco between 1914 and 1952. Another monopoly, the existence of which has not been confirmed, purportedly existed in Lebanon. ¹¹

These monopolies offered various advantages from a tax and policy standpoint. For tax purposes, they generated significant cash flows, making it possible to finance colonization; from a policy perspective, they were well accepted by the colonies to the extent they pre-existed French colonization and were already well accepted by local populations. What is interesting is the moral character of the "vicious substances" which justified the system for the taxation of luxury products whose consumption

⁷ L. Simmat-Durand, "Les obligations de soins en France." in C. Faugeron, ed., Les drogues en France. Politiques, marchés, usages. Paris: Georg éditeur, 1999, page 111.

⁸ M. Setbon, L'injonction thérapeutique. Évaluation du dispositif légal de prise en charge sanitaire des usagers de drogues interpellés. Paris: Observatoire français des drogues et des toxicomanies, 2000, page 11.

⁹ See inter alia L. Simmat-Durand, La lutte contre la toxicomanie. De la législation à la réglementation. Paris: L'Harmattan, 2000; J. Bernat de Celis, Drogues: Consommation interdite. Paris: L'Harmattan, 1996; and H. Bergeron, Soigner la toxicomanie. Les dispositifs de soins entre idéologie et action. Paris: L'Harmattan, 1996.

¹⁰ Y. Bisiou, "Histoire des politiques criminelles. Le cas des régies françaises des stupéfiants.", in C. Faugeron, ed., Les drogues en France. Politiques, marchés, usages. Paris: Georg éditeur, 1999, page 89.

¹¹ Bisiou, op. cit., page 90.

authorities did not wish to encourage. Although abolished at decolonization and characterized by certain internal contradictions between the economic imperatives of profitability and health objectives, this policy, starting in the 1930s, also came under extensive criticism from the international community, whose orientations, as noted above, were increasingly prohibitionist. The history of state drug monopolies has nevertheless marked French history (as it did Dutch, British and Portuguese history) and was another factor in addition to domestic policy.

Thus it was not one single drug policy that France had in the twentieth century, but three often competing forms of logic on the issue. But it was not until the *Mission interministérielle de lutte à la drogue et à la toxicomanie* [Interministerial Mission on Anti-Drug and Addiction Activities] (MILDT) was reinforced in the mid-1990s that a trend emerged toward a more integrated and coherent overall policy.

An integrated public policy

MILDT was established in the early 1980s during the first seven-year term of French President François Mitterrand. Over the years, however, it either lacked leadership or dd not have the resources to achieve its ambitions. It was not until Nicole Maestracci was appointed in 1995, under the socialist government of Prime Minister Jospin, that MILDT began to become more visible and take stronger public action. Its activities were directed in particular by the strong controversies and demonstrations conducted by stakeholders of various types (hospital physicians concerned by AIDS, members of NGOs, drug addicts, specialists and others) who criticized the scientific bases of the main objectives of France's drug policy. At the centre of the debate was a need for a harm reduction approach, focusing on reducing AIDS transmission by intravenous drug users and methadone treatment for drug addicts.¹²

In February 1994, only one small group of 77 addicts had access to methadone treatment, whereas there were 160,000 heroin addicts in France at the time. In 1998, medication substitution treatments were offered in France to a group of up to 70,000 addicts, the vast majority of whom received Subutex and methadone replacements. This new development clearly shows that public authorities now consider harm reduction a fundamental component of France's drug policy. 14

On June 16, 1999, the French government introduced a three-year plan clearly reflecting this paradigm shift since palliative and preventive measures became legitimate

¹² See Ms. Nicole Maestracci, President, Mission interministérielle de lutte à la drogue et à la toxicomanie [Interministerial Mission for the Fight Against Drugs and Drug Addiction], testimony before the Senate Special Committee on Illegal Drugs, Senate of Canada, first session of the thirty-seventh Parliament, October 1, 2001, Issue no. 7, page 9-10.

¹⁵ Michel Kokoreff, "Politique des drogues en France, entre loi pénale et réduction des risques", presentation to the Senate Special Committee on Illegal Drugs, 2001.

Henri Bergeron, "Comment soigner les toxicomanes?" Sociétal, June-July 1998, pages 45-49.

goals in the French policy context. As to criminal policy, the main legislative framework – the law of 1970–has not been amended and drug use is still considered an offence. However, in a circular, the Minister of Justice has asked prosecutors not to seek prison terms and to promote treatment in drug cases.

The plan is based on European and international data and on recent reports, interdepartmental consultations and scientific studies providing fundamental observations on France's policy on drugs and drug abuse. The emergence of new use profiles such as the use of numerous drugs (both legal and illegal), increased cannabis and alcohol use among young people and greater availability of synthetic drugs were the main concerns expressed. Information bases and systems have also come under criticism from various quarters concerning:

- the lack of coordination among prevention programs and their limited accessibility (e.g., school drug prevention programs are offered to less than 40 per cent of students and those concerning alcohol and tobacco to less than 20 per cent);
- the lack of social and professional support;
- the fact that there is no ground for agreement among the various stakeholders (law enforcement, social welfare, education and public health);
- the excessive importance attached to heroin addicts in the administration of specialized treatment at a time when use among the members of this addicted group has stabilized;
- the difficulty in reconciling law enforcement with the public health strategy.¹⁵

Criminal law enforcement with respect to drug users has been constantly marked by the difficulties inherent in reconciling suppressive activities with public health imperatives. The number of users who have been questioned by authorities has doubled over the last five years, without the judicial system having permitted adequate and effective cooperation with physicians and social workers. ¹⁶

Furthermore, observing the declining number of trafficking arrests at the local level since 1996, elected representatives and the general public find this hard to understand in view of the importance they feel should be attached to monitoring drug

Mission interministérielle de lutte contre la drogue et la toxicomanie (MILDT), Three-Year Plan to Combat Drug Use and Prevent Dependence 1999-2001. Available online at: http://www.drogues.gouv.fr/uk/what_you_need/whatyouneed_intro.html.

¹⁶ Mission interministérielle de lutte contre la drogue et la toxicomanie (MILDT), "An Information Booklet Summarising the Government's Plan for the Fight Against Drugs and the Prevention of Addiction 1999-2000-2001", *Drugs: No More, Risk Less*, MILDT, December 1999, page 7. Available online at: http://www.drogues.gouv.fr/fr/index.html.

supply. Lastly, the shortage of reliable indicators has prevented any in-depth, or even comprehensible, assessment of existing programs.

Based on these observations, the government has developed a three-year plan defining action priorities, objectives and measures that should be taken. Two key factors – integration and knowledge – are the watchwords of this effort. Integration is viewed from two standpoints: for the first time, France will have an integrated policy on all psychoactive substances, drugs, medications, alcohol and tobacco.

The fact that we were talking about alcohol, tobacco and medication at the same time as we were talking about drugs no doubt made everyone feel closer to the situation because everyone had the experience of consuming a product, be it legal or illegal. This was an important aspect that did not result in our saying that all of the products should come under the same legislative regime, but [that made it possible, regardless of the product used] to distinguish between occasional use and problem use. ¹⁷

The other aspect of integration is a reinforced effort among the 19 departments that form the MILDT under the chairmanship of the Prime Minister.

The second watchword of this French effort is knowledge. As noted above, a certain number of observers had noted weaknesses in the knowledge apparatus, including reports commissioned by various authorities (discussed below). In the wake of the impetus given by President François Mitterrand to the creation of the European Monitoring Agency for Drugs and Drug Addictions, France, in 1993, established the French Monitoring Centre for Drugs and Drug Addictions. The mission of the French Centre, which is an "independent" agency, is to "develop the observation network in order to monitor recent trends in drug use, conduct regular epidemiological surveys on the public and implement a comprehensive public policy evaluation framework". To do so, it organizes its work along three main lines: observation and improvement of indicators, monitoring of recent trends and policy evaluation. The Centre has a staff of 25 persons and a budget of 18 million French francs (approximately Cdn \$3.5 million). It is also the national focal point in the network of the European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addictions.

Legislative framework

French law related to illicit drugs is drawn from many sources including four codes: the Code of Public Health (code de la santé publique), the Penal Code, the Code of Penal Procedure, and the Customs Code. The main legislative framework is the law of 31 December 1970, which amended the Code of Public Health and created a legislative framework based on both the application of repressive measures and health-related dispositions. The objectives of the Law of 1970 were to severely repress

¹⁷ Nicole Maestracci, testimony before the Senate Special Committee on Illegal Drugs, page 13.

¹⁸ Observatoire français des drogues et des toxicomanies, *Drogues et dépendances. Indicateurs et tendances 2002*. Paris: author, 2002, page 291.

trafficking, prohibit the use of narcotics, and yet propose alternatives to the repression of use, as well as to ensure free and anonymous care for users seeking treatment. ¹⁹ It must be noted that most articles of the Law of 1970 (originally written into the Public Health Code) have since been integrated into the new penal code that came into force in 1994 except for infractions related to drug use, which are still sanctioned through the Public Health Code. French law is also governed by international law since France has ratified the UN conventions related to drugs.

Classes of drugs

French law does not distinguish between illicit substances and thus, an offence such as drug use is prosecuted and judged in the same way regardless of the illicit substance involved. However, judicial authorities may take into consideration the nature of the substance, the quantity and any prior criminal records in their decision to prosecute, reduce the charges or not prosecute an offender. Illicit substances are listed in an annex to Decree Law of 22 February 1990 and include the following:

List I: narcotic substances such as heroin, cocaine, cannabis, methadone, opium, etc.:

List II: substances such as codeine, propiram, etc.;

List III: psychotropic substances such as amphetamines, Ecstasy, LSD, etc.; and List IV: synthetic drugs such as MBDB, 4-MTA, Ketamine, Nabilone, THC, etc.²⁰

Offences and penalties

Public or private drug use in France is prohibited and criminalized by the Law of 1970 (article L3421-1 of the Code of Public Health). The penalty for illicit drug use is up to one year in prison or a fine of 25,000 French Francs, or diversion to a court-ordered treatment program (therapeutic injunction-in French, "injunction thérapeutique"). This article of the Code of Public Health applies to all users without any distinction as to the type of illicit substance used.

The Code of Public Health also provides for the monitoring of drugs users by health authorities (article L3411-1). Prosecutors may not undertake legal action against an offender if that person can provide medical certification that he has undertaken some form of therapy or has submitted himself to medical supervision since the commission of the infraction. However, if the offender does not supply a medical certificate to that effect, prosecutors may request that an individual who has made use of illicit drugs follow a drug addiction treatment program or be placed under medical monitoring (article L3423-1). The involvement in a court-ordered treatment program

Observatoire français des drogues et des toxicomanies (OFDT), *Drogues et toxicomanies : indicateurs et tendances*, 1999 Edition, page 20. Available online at: http://www.drogues.gouv.fr/fr/index.html.

²⁰ Observatoire européen des drogues et des toxicomanies (OEDT)/ European Legal Database on Drugs (ELDD), France Country Profile, French Drug Legislation. Available online at: http://eldd.emcdda.org/databases/eldd_national_reviews.cfm?country=FR.

suspends legal proceedings and these will not be pursued if the individual completes the detoxification program.²¹ It is not uncommon for a repeat offender to be subjected to more than one court-ordered treatment program as more repressive measures are rarely used for simple drug use, particularly cannabis use.

As mentioned above, the Ministry of Justice – in a directive dated June 1999 – asked prosecutors to prioritize treatment over incarceration for small-time offenders and problematic drug users. Practice has shown that therapeutic alternatives are used mainly for simple users and that most cases of simple drug use receive a warning with the request to contact a social or health service. When legal proceedings are undertaken, the magistrate may also force, and not simply order, the accused to undertake a detoxification program but in this case, judicial authorities take charge of the case rather than health authorities. In these cases, if the user completes the treatment, no penalties may be imposed on the individual but the use of such measures are extremely rare. ²² As well, a detoxification treatment may be a condition attached to a conditional prison sentence, parole or judicial supervision. In France, the delinquent user is thus seen mostly as a sick person to whom therapy must be offered. ²³

On the drug trafficking side, the Law of 1970 has been modified on several occasions, creating new offences such as the selling or supplying drugs for personal use (17 January 1986) and drug-related money laundering (31 December 1987), or enacting new procedures such as the confiscation of drug trafficking profits (14 November 1990) to comply with Article 5 of the United Nations Convention (19 December 1988).²⁴ Currently, trafficking offences include selling or supplying drugs for personal use with a penalty of up to five years and a fine of up to 500,000 F (articles 222-39 of the Penal Code) and a more serious offence for transportation, possession of, supply, sale and illicit purchase of narcotics with a penalty of up to 10 years and a fine up to 50 million F (article 222-37). Illicit imports and exports of narcotics are also punishable by 10 years' imprisonment and a fine up to 50 million F but when the offence is committed by a criminal organization, the penalty increases to 30 years of imprisonment (article 222-36). Furthermore, trafficking in narcotics might also be punishable as a customs offence (contraband and similar offences) with a maximum sentence of three years' imprisonment and fines equalling two-and-one-half times the value of the illegal merchandise. Prosecutions under the Customs Code do

²¹ Comité consultatif national d'éthique, Rapports sur les toxicomanies, rapport nº 43, November 23, 1994, page 19. See: http://www.ccne-ethique.org/français/start.htm.

²² OEDT/ELDD, France Country Profile, 2001.

²³ Comité consultatif national d'éthique, 1994.

²⁴ United Nations Convention Against Illicit Traffic in Narcotic Drugs and Psychotropic Substances, December 19, 1988: Article 5, Confiscation 1. Each Party shall adopt such measures as may be necessary to enable confiscation of: (a) Proceeds derived from offences established in accordance with article 3, paragraph 1, or property the value of which corresponds to that of such proceeds; (b) Narcotic drugs and psychotropic substances, materials and equipment or other instrumentalities used in or intended for use in any manner in offences established in accordance with article 3, paragraph 1.

not exclude penal prosecution, and customs sanctions can be added to penal sanctions.²⁵

Other offences include the illegal production or manufacturing of narcotics punishable by 20 years in prison and a fine of 50 million F. Here again, when a criminal organization commits the offence, the penalty increases to 30 years' imprisonment (article 222-35). Drug-related money laundering defined as "facilitating by any means, false justification of the source of assets or revenues of the author of an infraction to narcotics legislation" is punishable by 10 years imprisonment and a fine of 5 million F (article 222-38). Incitement to drug use or to commit any offence sanctioned by articles 222-234 to 222-239 of the Penal Code or to present these offences in a favourable light is punishable by five years in prison and a fine of 500,000 F (article L3421-4 of the Code of Public Health). This offence is aimed at the media and literary or artistic works. Inciting a minor to use narcotics is punishable by five years' imprisonment and a fine of 700,000 F and in the case of a minor under the age of 15 years or if the offence is committed in or around an educational establishment, the penalty increases to 7 years in prison and a fine of 1 million F (article 227-18). Finally, heading or organizing a group engaged in the production, manufacturing, import and export, transportation, possession, supply, sale, purchase or use of narcotics can lead to a life sentence and a fine of 50 million F (article 222-34).

Key reports

The Pelletier Report

The first assessment of the Law of 1970 and of the French policies with respect to drugs and drug addiction was completed in 1978 by a commission presided by Monique Pelletier, who studied the issue at the request of French President Giscard d'Estaing. ²⁶

The Pelletier report stated that the difficulties encountered in the implementation of the Law of 1970 were the result of inequalities in handling drug users due in part to the fact that the law did not include an intermediate category between a drug user and a trafficker. The report also attributed the implementation problems to the difficulties encountered in getting legal and health authorities to work together. ²⁷ Doctors were particularly sceptical about the principle of court-ordered treatment and of forcing an individual into treatment. The Pelletier Commission noted as well that legal sanctions were used more often than treatment alternatives. Members of the Pelletier Commission believed that the Law of 1970 deserved a second chance. They suggested

²⁵ OEDT/ELDD, France Country Profile, 2001.

²⁶ M. Pelletier, Rapport de la mission d'étude sur l'ensemble des problèmes de la drogue, Paris: La Documentation française, 1978.

²⁷ Centre d'aide et d'accueil en toxicomanie (CAAT), La mise en application de la loi. See: http://caat.multimania.com/info/app loi.htm.

that it could benefit from the institution of clear implementation guidelines (circular letters) and the establishment of structural and financial resources to ensure the successful implementation of therapeutic alternatives, both at the judicial and medical level. The report proposed, among other suggestions, that drug users should be differentiated according to the type of illicit substance they use.²⁸

Officially today, the law still does not distinguish between illicit substances but in practice many circular letters over the past 20 years have invited prosecutors and judges to differentiate between cannabis use and use of other drugs such as heroin and cocaine. For example, a circular letter (7 May 1978) suggested that cannabis users should not be considered "true" drug addicts, that detoxification treatment may not be the appropriate measure for this type of user, and that they should receive a simple warning. It also invited judges to encourage drug users to contact a drug addiction centre and to only use court-ordered treatment for repeat offenders. This circular letter has been perceived by many as a decriminalization of cannabis use. However, it must be noted that circular letters express the intentions of the Ministry of Justice but can be enforced diversely by prosecutors.²⁹

The 1978 circular letter was a point of reference until 12 May 1987 at which time a Justice-Health circular repealed preceding letters and introduced a new distinction for drug use based on the frequency of use.

[Translation] For all cases involving drug use, a report had to be sent to the prosecution and dealt with by a specialized judge. "Occasional" users, who were well integrated into society were to be given a simple warning. The letter recommended court-ordered treatment or prosecution for "habitual" users. Illegal foreign users were to be immediately tried and banned from the French territory. Lastly, user-dealers or delinquent users were to be prosecuted as a head dealer or for harming others or goods. This letter also marked a will to revive court-ordered treatment and clarified how it should be enforced. 30

This circular letter was a turning point towards more repressive measures for habitual users and user-dealers³¹ and the basis of the orientation of legal policy between 1990 and 1995, which focused on reviving court-ordered treatment and distinguishing between occasional users, habitual users, and user-dealers.³²

The Trautmann Report

The second report was commissioned in 1989 from Catherine Trautmann who, at the time, was the president of the Interministerial Mission for the Fight against Drugs and Drug Addiction. The Trautmann report, submitted in 1990, included a review of

²⁸ OFDT, 1999, page 25.

²⁹ Ibid.

³⁰ *Ibid.*, page 26.

³¹ CAAT, 2001, page 3.

³² OFDT, 1999, pages 26-27.

available data on drug use and drug addiction, the main difficulties in the fight against drugs, and the drug policy in France from 1978 to 1988.³³

The report did not recommend any changes to the Law of 1970. Rather, it highlighted the need for more effective actions against drug trafficking, with a particular focus on developing better cooperation between the three main national services involved in the fight against drug trafficking: the police, the gendarmerie, and customs – each of which have a different jurisdiction (urban areas for the police, rural areas for the gendarmerie, borders for customs). It suggested that the policing of French outer borders should be reinforced. The report further proposed that more should be done to deal with the demand side of the drug issue by developing strategies aimed at preventing drug use and drug addiction, particularly among young people. Suggestions related to the care of drug addicts and their integration and reintegration into the community revolved around three main axes: improving health and social services; taking into consideration problems associated with AIDS; and establishing a solid financial management system to support specialized units providing services to drug addicts.

Finally, with respect to the issue of decriminalization or legalization of drugs, in particular cannabis, the Trautmann report was clearly against such propositions. The report stated that the issue is one of preventing drug use and caring for drug addicts, and that decriminalization of cannabis would trivialize drug use and promote earlier and more frequent use of hard drugs.³⁴

The Henrion Report

The Henrion Commission produced in 1995 a third report on the drug situation in France.³⁵ It is interesting to note that the Commission comes to similar conclusions as the two previous reports with respect to the lack of coordination and cooperation between judicial and health authorities and the difficulties in implementing a policy based on both repressive and public health measures. The Commission made note of the limited use of court-ordered treatment and the increasing number of arrests for simple drug use. It recommended first and foremost the development of an evaluation policy to assess the drug situation in France and suggested that French drug policy should give priority to preventing drug use. As well, the report criticized the lack of consistency in law enforcement and inequalities in handling drug users throughout France and recommended that the existing agencies and structures involved in the repression of drug trafficking be given the necessary financial and human resources to successfully achieve their mandate.

³³ C. Trautmann, *Lutte contre la toxicomanie et le trafic de stupéfiants*. Report to the Prime Minister, Paris: La Documentation française, 1990.

³⁴ Ibid., Annexe 10, pages 252 and 253.

⁵⁵ R. Henrion, Rapport de la Commission de réflexion sur la drogue et la toxicomanie. Report to the Minister of Social Affairs, Health and Cities, Paris: La Documentation française, 1995.

However, the Henrion Commission distinguished itself in proposing a reform of the Law of 1970. Members of the Commission debated the issue of decriminalizing cannabis, expressing diverging opinions on the issue. A minority of members (8 out of 17) opposed the idea of decriminalizing the use of cannabis mainly because they thought it would be difficult to maintain a moral interdiction without a legal prohibition. However, a small majority of members (9 out of 17) were in favour of decriminalizing the use of cannabis and possession of small quantities of such substance. They suggested proceeding gradually without effecting any changes to the existing measures sanctioning the supply of cannabis in the hope of better controlling and assessing the consequences of decriminalizing drug use. They also recommended that decriminalization should be accompanied by the enactment of regulations limiting use of cannabis to certain locations and forbidding its use by young people under the age of 16. Regulations would also repress being intoxicated in public places, create an offence of driving under the influence of cannabis, and would prohibit the use of cannabis by certain professionals for safety reasons (i.e., air traffic controllers; pilots, drivers of public transit, etc.). All these measures had to be accompanied by a prevention campaign focusing on the potential negative consequences of using cannabis, an ongoing evaluation not only of cannabis use but of opiates, cocaine and crack as well, and ongoing neurobiological research on the effects of cannabis use. Finally, the offence of incitement to drug use was to be maintained and applied.³⁶

The Commission suggested that, if such a reform was applied and there was no deterioration of the situation within two years, the government should then consider a regulation of the commerce of cannabis under the strict control of the state. It should be noted, however, that some members of the Commission thought that such a regulation should be implemented concurrently with the decriminalization of cannabis and that there should not be any trial period.³⁷ These recommendations have yet to be implemented.

The Henrion Commission also recommended the adoption of a harm reduction policy that would not limit itself to minimizing the health risks related to drug use, but would be grounded in a public health perspective that would rigorously crack down on specific problem behaviours such as discarding needles in a public place.³⁸

Expert reports

In Chapters 5, 6 and 7, we have more fully discussed the scientific data from three recent expert reports, the Roques report on the dangerousness of drugs (1995),³⁹ the Parquet and Reynaud report on addictive practices (1997)⁴⁰ and the INSERM expert

³⁶ Ibid., pages 82-83.

³⁷ *Ibid.*, page 83.

³⁸ *Ibid.*, page 89.

³⁹ B. Roques, La dangerosité des drogues. Paris: Odile Jacob, 1995.

⁴⁰ Reynaud, M. et al., (1999) Les pratiques addictives. Usage, usage nocif et dépendance aux substances psychoactives. Paris : Secrétariat d'État à la Santé et aux Affaires sociales.

report on cannabis (2001).⁴¹ Those three reports, which supplement each other and are largely consistent in their main conclusions, constitute one of the most rigorous international scientific information bases, and certainly the least ideological, that we consulted. As they were not associated with a commission established to study the public policy aspects of the issue, the three commissions were thus likely in a slightly better position to escape the potential contamination of teleological interpretations of research data.

Statistics on use and offences

Use

The following is from a 1999 document entitled *Drugs and Drug Addictions*: *Indicators and Trends* prepared by the French Monitoring Centre for Drugs and Drug Addictions, which synthesized available data and analyzed drugs and drug addiction in France.⁴²

The current trends observed in that report were as follows:

- a strong decrease in overdose-related deaths (554 in 1994, 143 in 1998) and AIDS deaths associated with injection drug use (1,037 in 1994, 267 in 1997);
- an important drop in heroin use since 1996 possibly attributable to an increase in use of substitution treatments;
- normalization of the use of cannabis as its use is becoming more and more commonplace particularly amongst young people;
- cultivating cannabis is a developing phenomenon;
- synthetic drugs have become much more widely available although these drugs still represent a very small percentage of drug consumption;
- cocaine use is increasing; and
- multiple drug use including licit substances such as alcohol, is an emerging phenomenon especially among youth–54% of young people in care in rehabilitation units are users of at least two products.

Surveys conducted in 1995 amongst a representative cross-section of French adults revealed that almost 25% of 18- to 44-year-olds declared having experimented with cannabis and 7.7% stated that they used it on an occasional or regular basis. Surveys conducted amongst conscripts in army selection centres in 1996 also showed that a large percentage (40%) of young men 18-23 years old had experimented with cannabis and 14.5% had used it during the past month. 43 Whereas adolescents are

⁴¹ INSERM, Cannabis: Quels effets sur le comportement et la santé? Paris: author, 2001.

Observatoire français des drogues et des toxicomanies, *Drogues et toxicomanies : indicateurs et tendances*, 1999 Edition. Available online at: http://www.drogues.gouv.fr/fr/index.html.

⁴³ OFDT, 1999, pages 62 and 63.

concerned, it is estimated that in the second half of the 1990s more than one-third of all 15- to 19-year-olds had experimented with drugs, mostly cannabis. Surveys also showed an important increase in the frequency of use of cannabis as "the share of young people who had used cannabis at least ten times during the year increased by over one-half from 1993 to 1997."⁴⁴ It was further found that boys are more likely than girls to use illicit substances and at much higher risk of repeated use. A 1998 survey indicated that 33% of the boys declared that they had experimented with cannabis, compared to 23% of the girls. The 2002 report of the French Monitoring Centre for Drugs and Drug Addictions also notes an increase in the number of new health and social cases involving cannabis use: approximately 15 per cent of cases involved cannabis use. Those persons were generally younger than those involved in opiate use, more of them were entering the system for the first time and more had been referred by the courts. He

During the second half of the 1990s, the number of "problem" opiate users (drug use that may result in treatment in the health and social system and/or contact with law enforcement agencies) was estimated between 142,000 and 176,000.⁴⁷

Offences

The report from the French Monitoring Centre indicates that the number of arrests for drug-related offences increased from 45,206 to 85,507 over the period 1993-1998. The most important increase was in the number of individuals arrested for cannabis use (30,344 in 1993 compared to 72,281 in 1998) whereas the number of arrests for heroin use had actually decreased (14,959 in 1993, 7,469 in 1998, following a peak at 17,356 in 1995). Cannabis, in fact, accounted for 85% of drug-related arrests in France in 1998 compared to 63% in 1993. However, it must be noted that a little less than half of the individuals arrested for using drugs (45%) were retained for questioning and the vast majority of persons (97.2%) held for questioning were freed in 1997.48

Studies in France have emphasized that the statistics on arrests of drug users should be used with caution as it is difficult to ascertain how much of noted changes reflect variations in the population of drug users and how much of these changes are linked to modifications of police and gendarmerie services. For example, data on arrests for use between 1993 and 1998 indicated a significant growth of 30% in use-related arrests in 1997 and 9% in 1998.⁴⁹ Many factors may explain such an increase including changes in the behaviour of police and gendarmerie services, the reorganization of

⁴⁴ Ibid., page 83.

⁴⁵ Ibid., page 82-84.

⁴⁶ OFDT, 2002, page 96.

⁴⁷ OFDT, 1999, page 64.

⁴⁸ *Ibid.*, page 112 and 113. It should be noted that release refers to many situations and does not imply that prosecution does not go forward. Some may subsequently be convicted upon being summoned to court.

⁴⁹ *Ibid.*, page 112.

police departments, and the normalization of cannabis use. One explanation suggests that a circular letter on court-ordered treatment issued in 1995 by the Ministry of Justice has led public prosecutors to instruct the police and gendarmerie to "systematically report users." ⁵⁰ It may be assumed that such instructions may have led to the notable increase in drug use-related arrests recorded in 1997.

With respect to trafficking, the number of arrests decreased between 1996 and 1998 from 8,412 to 5,541. Slightly more than half of dealers (52%) arrested in 1998 were trafficking annabis, 24% were involved in dealing heroin, and 17% trafficked cocaine and crack. The main development was observed in the number of arrests of heroin traffickers which decreased from 3,395 in 1993 to 1,356 in 1998. Arrests for trafficking cocaine increased from 383 to 972 during the same period whereas arrest related to cannabis trafficking increased slightly from 2,456 to 2,920. ⁵¹

The total number of convictions for drug use as the main offence went from 7,434 in 1992 to 6,530 in 1997, with a low of 4,670 convictions in 1995. In 1997, 3,368 convictions were for use only. Of these, 14% were sentenced to imprisonment with an average length of 2.4 months, 35% received a deferred sentence (often associated with probation and court-ordered treatment), 33% were fined, 7% were given an alternative sentence, and 6% were sentenced to an educational measure. The number of convictions for use and transporting increased from 761 in 1991 (6.6% of convictions) to 3,478 in 1997 (22.2%). Convictions for use and trafficking also increased from 475 in 1991 to 1,501 in 1997 (4.1% compared to 9.6% of convictions related to drug offences). In 21% of the convictions for use and other drug-related offences, a prison sentence was given out. In 37% of cases involving drug use and trafficking and 21% of drug use and transporting, individuals received a mixed sentence (prison time and deferred sentence). The average length of imprisonment was 16.8 months in 1997. 52

In 1998, the number of cannabis seizures was 40,115, up from 27,320 seizures in 1996. However, the quantities seized were smaller in 1998 than in 1996 (55,698 kg compared to 66,861 kg).

Costs

In 1995, public funds devoted to implementing the French drug policy was 4.7 billion Francs. Out of the total expenses (specific budget and interdepartmental credits), approximately 1536.56 million Francs were spent on Justice, 1260.54 million F on police services, 469.55 million F on the gendarmerie, and 450.25 million F on customs expenses. The amount spent on enforcement was considerably higher than that spent on health (656.3 million F) and social affairs (28.58 million F).

⁵⁰ *Ibid.*, page 114.

⁵¹ *Ibid.*, page 164 and 165.

⁵² OFDT, 1999, page 121-123.

REPORT OF THE SENATE SPECIAL COMMITTEE ON ILLEGAL DRUGS: CANNABIS

More recent figures on interministerial credits indicated that for 1998, the expenditures of health and social affairs were set at 47.9 million F, those of Justice at 18.9 million F, the Ministry of the Interior (police) at 18.5 million F and Defence (gendarmerie) at 10.7 million F.

THE NETHERLANDS⁵³

Much has been said about the Dutch approach to the drug issue. The following is one example:

In Holland, studies conducted in the early 1990s show the negative impact of tolerance of illegal drugs:

- the number of "coffe shops" that have derived income from the sale of hashish since decriminalization in 1990 rose from 20 to 400 in Amsterdam in 1991 to more than 2,000 throughout all of Holland;
- from 1984 to 1988, the number of hashish smokers 15 years of age or more doubled in Holland; from 1988 to 1992, the number of smokers 14 to 17 years of age doubled again, and the number of users 12 and 13 years old tripled;
- the rate of violent crimes committed in Holland is the highest in Europe and is still rising. 54

In the Netherlands (you have to be careful because there are enormous social and cultural differences preventing any general comparison between Canada and that country), the harm-reduction-based drug policy draws a very clear distinction between cannabis and so-called hard drugs. Since the policy was adopted, cannabis has appeared to be less dangerous and its social approval has increased, particularly among young people whose cannabis use has quadrupled. Cannabis use in that country, as in most continental European countries, based on the statistics cited, remains below that of Canada. But that simply means that we must be even more vigilant. The tendency to have a problem situation and the probability that it will occur appear higher in the country. 55

Various witnesses cited the article by Larry Collins published in the prestigious Foreign Affairs. However, that article is full of errors of fact.

In view of the climate surrounding the drug policy debate, it is difficult to describe the Dutch approach without giving the impression that one is taking a position. First, we should recall a number of observations we made in Chapter 6, to which we will return in the comparative analysis in the next chapter. First of all, international comparison of use trends must be carefully drawn because of the different methodologies used in the surveys. Second, international comparisons tend to show

2001.

⁵³ This section draws largely on the research report prepared for the Committee by the Library of Parliament: B. Dolin, (2001) National Drug Policy: The Netherlands. Ottawa: Library of Parliament, prepared for the Senate Special Committee on Illegal Drugs; available online at www.parl.gc.ca/illegaldrugs.asp.

 ⁵⁴ Canadian Police Association, Brief to the Senate Special Committee on Illegal Drugs, May 28, 2001.
 ⁵⁵ Brief of Dr. Colin Mangham, Consequences of the Liberalization of Cannabis Drug Policy, September 17,

that "the relationship between the figures measuring cannabis use levels and the legislative model in effect in a country is not obvious or systematic." ⁵⁶

As was the case for France, we begin with a brief overview of drug legislation in the Netherlands, then describe the broad outlines of the current Dutch policy and the tools used to implement it. We then present current legislation in a more detailed manner and the reports on which it is based, then, lastly, provide some figures on drug use and repression.

Dutch pragmatism?

Like the other colonial powers, the Netherlands maintained opium production authorities and trading posts in their colonies, a system that generated significant tax revenues: between 1816 and 1915, net profits from the sale of opium represented approximately 10 per cent of total revenue from the colonies for the Dutch treasury. The country was also the largest producer of cocaine for medical purposes. It was not until the end of World War II and the independence of Indonesia that the Netherlands terminated the opium monopoly.

Vested economic interests in the production and trade of drugs may explain the Dutch reluctance to endorse strong international drug control. Clearly, the Netherlands attempted to protect these interests at the conferences and did so successfully, at least temporarily. (...) Incidentally, the Netherlands also objected to the inclusion of marihuana in the convention. ⁵⁷

During the 1920s and 1930s, the country came under criticism from the League of Nations and the United States in particular over its extensive drug trade. The Netherlands was one of the main heroin producers and the principal producer of cocaine. However, the Dutch negotiators at the international conferences on the various conventions, as well as a portion of the Dutch population itself, did not believe in a system based on prohibition and, already at the turn of the century, felt that a system of government control would be more effective.

It was this attitude that led a number of analysts to represent the Dutch approach to drugs as pragmatic.

Dutch society is a pragmatic society. It is a nation of traders, going back to the XVIIth century. Traders are more pragmatic than other people. The pragmatism finds its roots in Dutch history, which is characterized by its fight against the sea, the natural enemy of the Netherlands since the Middle Ages. The Netherlands is roughly the size of Vancouver Island, and today one-half of the country is at sea level.

⁵⁶ H. Martineau and É. Gomart, *Politiques et expérimentations sur les drogues aux Pays-Bas.* Rapport de synthèse. Paris: OFDT, 2000, page 44.

⁵⁷ M. De Kort, "A Short History of Drugs in the Netherlands", in E Leuw and I. Haen Marshall, eds., Between prohibition and legalization. The Dutch experiment in drug policy. Amsterdam: Kugler, 1994, page 11.

A system of dykes was built to protect the country. Centuries ago, everyone in Dutch society, from the aristocracy to the farmers worked together to prevent seawater from flowing into the country. The pragmatic attitude comes from that. It is impossible to completely eliminate the problem of the water. It is better to control it with canals. 58

However, other factors beyond pragmatism are at work. One Dutch government publication suggests that the nature of Dutch society is the reason for its approach:

Some knowledge of the characteristics of Dutch society is required to appreciate the Dutch approach to the drug problem. The Netherlands is one of the most densely populated urbanized countries in the world. Its population of 15.5 million inhabitants occupies an area of 41,526 square kilometers. The Netherlands has always been a transit country: Rotterdam is the largest seaport in the world and the country has a highly developed transportation sector. The Dutch firmly believe in individual freedom and expect the state to be reserved in its approach to religious and moral questions. Free and open debate on such questions is one of the characteristics of Dutch society. Considerable value is attached to the well-being of society as a whole, as may be seen from the extensive social security system and universal access to health care and education. 59

It follows that, by tradition, the Dutch are not accustomed to using criminal law to address social problems.⁶⁰ Furthermore, the Netherlands is a country of consensus, where there is a long tradition of cooperation between local, regional and national authorities, and between the various sectors of the government.

Whatever the reasons, the Dutch experience has received considerable media coverage, surprisingly, much more than the Spanish approach, which, in many respects, is even more liberal. Being called upon to defend it in Europe and in other international forums, the Dutch have often presented it as a position of compromise between that of the "hawks" of the war on drugs and that of the "doves" of legalisation. ⁶¹ It is unlikely that the approach is the result of specific cultural factors and that the Dutch experience cannot apply to other countries. On the contrary, it appears to be the rational solution to a problem by politicians, and that cannot be claimed to be an exclusively Dutch characteristic.

⁵⁸ Tim Boekhout van Solinge, testimony before the Senate Special Committee on Illegal Drugs, Senate of Canada, first session of the thirty-seventh Parliament, 19 November 2001, Issue 11, page 53-54.

⁵⁹ "Drug Policy in the Netherlands", Government of the Netherlands, available online at: httdru.html.

⁶⁰ Boekhout van Solinge, "La Politique de drogue aux Pays-Bas: un essai de changement", Déviance et Société, Vol. 22, page 69-71.

⁶¹ C.D. Kaplan et al., "Is Dutch Drug Policy an Example to the World?" in Leuw and Marshall, eds., op. cit.

Essential expert reports

Unlike most other countries where commissions of inquiry produced reports in the 1970s, the Netherlands is the only country that has implemented the recommendations of its commission.

The Hulsman Commission (1968-1971)

In 1968, the National Federation of Mental Health Organizations 62 established a commission with a broad mandate to "clarify factors associated with the use of drugs" and "to suggest proposals for a rational policy." 63 Chaired by criminal law professor Louk Hulsman, the Commission had a diverse membership including law enforcement officials, alcohol treatment experts, psychiatrists, a drug use researcher and a sociologist.

The commission's final report, presented in 1971, provided an analysis of drug use and the social mechanisms behind drug problems. New approaches were suggested, including:

- The use of cannabis and the possession of small quantities should be taken out of the criminal law immediately. For the time being, production and distribution should remain within criminal law, but as misdemeanours.
- The use and possession of other drugs should temporarily remain in the realm of criminal law, as misdemeanours, but in the long run all should be decriminalized.
- People who have problems with their drug use should have adequate treatment facilities at their disposal.

In recommending the gradual decriminalization of all drugs, the report noted that illicit drugs can be used in a controlled and limited way and that marginalizing drugusing subcultures has significant negative repercussions. Specifically, becoming a member of the "drug scene" may familiarize a cannabis user with other drugs and patterns of use. Although the commission found no evidence of a "stepping stone" sequence of drug use — what in other contexts has been referred to as "gateways" — it accepted the notion that one kind of drug user (e.g., heroin user) will contaminate another kind of drug user (e.g., cannabis user) when the two kinds of drug use are forced into one marginalized subculture.

⁶² In the Netherlands, public and private agencies have jurisdiction over mental health based on political affiliation and religious denomination. The National Federation of Mental Health Organizations was a coordination agency.

⁶³ Louk Hulsman, Ruimte in het drugbeleid, Boom Meppel, 1971, page 5, mentioned in Peter Cohen, "The case of the two Dutch drug policy commissions: An exercise in harm reduction 1968-1976" (1994, revised in 1996), Article presented to the 5th International Conference on Drug Harm Reduction, March 7-11, 1994, Addiction Research Foundation, Toronto, available online at: www.cedro-uva.org/lib/cohen.case.html.

With respect to the issue of law enforcement, the commission concluded that once started, drug policing would have to be constantly enlarged to keep pace with the never-ending escalation of drug use. It referred to the criminal law option of opposing drug use as inadequate and "extremely dangerous":

Time after time it will show that the means will fall short, upon which those who favour punishment will plead for increase of law enforcement, until it will be amplified a hundred fold from the present situation...This will boost polarization between the different parts of our society and can result in increased violence. 64

Although it had no immediate impact, the Hulsman report nevertheless influenced the government report of the Baan Commission.

The Baan Commission (1968-1972)65

A State Commission was also established in 1968 by the Under Secretary of Health. This commission contained some members of the Hulsman Commission, as well as officials from the Ministry of Justice, the Amsterdam Chief of Police, and additional psychiatrists and sociologists. In 1970, Pieter Baan, the Chief Inspector of Mental Health, assumed the chairmanship of the commission and a final report was presented in 1972.

The report suggested dividing drugs into those with acceptable and those with unacceptable risks. Further research would be needed to create a greater consensus among the experts as to how some individual drugs should be classified, but the report described cannabis products as relatively benign with limited health risks. However, even for those drugs that pose unacceptable risks, the report concluded that use of the criminal law is not an adequate approach. The Commission suggested the long-term goal of complete decriminalization once a good treatment system had been created. In the interim, the justice system should just be used as a tool for manoeuvring heavy users into treatment.

Other notable findings include:

- The special characteristics of youth culture are important determinants of drug use and if so-called deviant behaviour is stigmatized by punitive measures, the probability of intensification of this behaviour is a serious danger. This will initiate a spiral that will make the return of the individual to a socially accepted lifestyle increasingly difficult.
- Much drug use is short-lasting experimentation by young people.
- Cannabis use does not lead to other drug use, but as noted in the Hulsman report, the criminalization of cannabis promotes contact between cannabis users and the users of "harder" drugs.

65 Working Party, Department of Justice, The Hague, 1972.

⁶⁴ In Peter Cohen, "The case of the two Dutch drug policy commissions", supra, page 3.

- Drug users are better served by drug information and prevention efforts than by prosecution.
- The sometimes unusual behaviour of cannabis-consuming youth is more a result of specific subculture norms and ideologies rather than pharmacology.
- Cannabis use when driving or operating machines in factories is not responsible conduct, and the consumption of cannabis should be restricted to times of leisure in order to limit the risks to the individual or society.

The Baan report formed the basis of what was to become the system of tolerance toward cannabis in the Netherlands as part of a concern for public health and the separation of drug markets.

The Engelsman Report (1985)66

Taking notice of the limits of a public health policy essentially based on young people (the principal cannabis users) and of the evolution of heroin use, as well as the declining condition of users, the Engelsman report proposed to extend the Baan Commission's tolerance approach to other drugs. It also went further than the Baan report on the need to rely on the experience and word of users in determining policies, proposing in particular to exclude non-users from the circle of experts. In Engelsman's view, drugs and drug use were no longer the only factors involved in explaining the problems of drugs - hard drugs in this case - and that new factors included the perverse effects of repressive action (care and police) on users. Public policy proposals should therefore not be based on the panic reactions of society and should aim to integrate users and "normalize" their drug use. The state should therefore arbitrate between users and non-users with a view to protecting users. The Engelsman report, which was considered too radical in certain circles, remained a dead letter.

"Continuity and Change" Report - 1995⁶⁷

In 1995, the Dutch government published a report entitled *Drugs Policy in the Netherlands: Continuity and Change*. This policy document was sponsored by: the Minister of Justice; the Minister of Health, Welfare and Sport; and the Secretary of State for the Interior. To some extent, this report was the Dutch response to international pressure (from both neighbouring countries and the USA) as well as an opportunity to make its cannabis policy clearer and to some extent stricter.

The report begins by noting that the Netherlands has always attempted a pragmatic approach to drug use, recalling that prohibitionist policies throughout the

⁶⁶ Interdepartmental Task Force on Drugs and Alcohol, The Hague: Department of Justice, 1985.

⁶⁷ Department of Foreign Affairs (1995), *Continuity and Change*. 1995. The report is available online at: www.drugtext.org/reports/wvc/drugnota/0/drugall.htm.

world have proven to have a limited effect. Thus, the modest objective in Holland is to limit the health and social problems that result from the use of dangerous drugs. This harm reduction approach has led the Dutch government to distinguish between "hard drugs," i.e., those that pose an unacceptable risk to health, and "soft drugs" such as cannabis products, which although still considered "risky" do not present similar concerns. The underlying assumption made in the Netherlands with respect to cannabis is that people are more likely to make a transition from soft to hard drugs as a result of social factors, not physiological ones. Separating the markets by allowing people to purchase soft drugs in a setting where they are not exposed to the criminal subculture surrounding hard drugs is intended to create a social barrier that prevents people experimenting with more dangerous drugs.

The report goes on to review the effects of the Dutch drug policy, the treatment of addiction in the Netherlands, and enforcement under the *Opium Act.* Key conclusions and findings include:

- Decriminalization of the possession of soft drugs for personal use and the toleration of sales in controlled circumstances has not resulted in a worryingly high level of consumption among young people. The extent and nature of the use of soft drugs does not differ from the pattern in other Western countries. As for hard drugs, the report states that the number of addicts in the Netherlands is low compared with the rest of Europe and considerably lower than that in France, the United Kingdom, Italy, Spain and Switzerland.
- The number of heroin users under the age of 21 has continued to fall in the Netherlands.
- The use of cheaper forms of cocaine (i.e., crack) has not made significant inroads in Holland as had been feared as a result of developments in the United States.
- The tone of public debate in Holland is different than in other countries because drug use is no longer seen as an acute health threat but rather as a source of nuisance. Policies focusing on addiction and care have resulted in less HIV infection; in fact, levels continue to fall. As well, the mortality rate among addicts is low and is not increasing, as it is in other European countries.
- With respect to the legalization debate, the report concludes that, with a state monopoly or licensing system, the disadvantages would outweigh the practical advantages. Although the role of criminal organizations would be reduced, such a system would impose a considerable burden in implementation and monitoring, and would probably attract even more "drug tourists" and the nuisance they sometimes cause. Furthermore, the report suggests that this is not something that could be done by the Netherlands in isolation. The international conventions preclude outright

legalization and would have to be renegotiated or denounced. As well, even if just soft drugs were legal in Holland but not in the rest of Europe, the Dutch criminal organizations that export drugs would continue to exist and would still require significant law enforcement activity.

- Foreign concerns about the Dutch coffee shop policy have centred not on the use of cannabis in the establishments, but on drug tourists who take cannabis back to their home countries, something that has been particularly easy since the abolition of border controls under the Schengen Agreement. The report confirms the government's plan to reduce the purchase limit to 5 grams from 30 grams to see what impact this will have on illegal exports.⁶⁸
- Given the lack of sufficient scientific data, the report endorses the 1995 recommendation of the Dutch Health Council that a medical trial into the effectiveness of prescribing heroin to addicts be undertaken.⁶⁹

The report also notes three negative implications that need to be addressed: the nuisance caused by hard and soft drug users; the increasing presence of organized crime in the Netherlands; and the effect of Dutch policy on other countries.

- The criminal and general nuisance caused by Dutch and foreign hard drug users may have the effect of undermining public support for the policy of social integration of addicts. A small proportion of hard drug users commit a large number of property offences in order to buy their drugs. Contrary to expectations, the fact that methadone is easily obtained has scarcely improved the situation. Drug-related crime and anti-social behaviour, such as discarding used needles in public places, has affected the tolerance levels of residents in some socially disadvantaged neighbourhoods in the larger Dutch cities. Nuisance caused by the presence of coffee shops selling soft drugs has also been problematic in some municipalities.⁷⁰
- Another complication has been the rise of criminal organizations involved in the supply and sale of drugs in Holland which has necessitated increased criminal law measures. The prosecution of drug traffickers will continue to be a top priority for the Dutch police and judicial authorities.
- Although the "ideological nature" of some foreign criticism suggests a lack of understanding of Dutch policy and is often based on purported health risks that are not supported in the scientific literature, there are problems in the Netherlands that have international implications. The Dutch, for example, are responsible for more than their proportional share of

⁶⁸ As noted in the section on current legislation, this reduced limit is now in effect.

⁶⁹ As noted in the section on current legislation, trials began in 1998.

This concern was addressed subsequent to the Report by the "Damocles bill" of 1999, discussed herein, which provides greater powers to municipalities to shut down coffee shops that are a local nuisance.

trafficking in soft drugs, and drug tourists routinely purchase soft drugs in Holland with the intent of transporting them back to their home country. The report suggests that combating these problems will involve continuing and reinforcing current law enforcement activities that prioritize trafficking. As noted, the issue of soft drug tourists taking home their coffee shop purchases is to be addressed by decreasing the amount permitted for sale.

Three major principles have characterized the Dutch approach since 1976:

- Harm reduction: attenuation of risks and dangers related to drug use rather than prohibition of all drugs, the key elements of which are:
 - prevention or alleviation of social and individual risks caused by drug use;
 - a rational relationship between those risks and policy measures;
 - a differentiation of policy measures based on the risks associated with drugs;
 - repressive measures against drug trafficking are a priority; and
 - the inadequacy of criminal law with respect to other aspects apart from drug trafficking.⁷¹
- Policy of normalization: social control is achieved through depolarization and the integration of deviant behaviour rather than isolation and removal, as is typical of the deterrence model. This paradigm also suggests that drug problems should be seen as normal social problems rather than unusual concerns requiring extraordinary treatment.
- Market separation: by classifying drugs according to the risks posed and
 then pursuing policies that serve to isolate each market, it is felt that users
 of soft drugs are less likely to come into contact with users of hard drugs.
 Thus, the theory goes, users of soft drugs are less likely to try hard drugs.

Legislation

In 1919, the Netherlands passed its first law on opium under the influence of the international conventions, including the Hague Convention in 1912. That legislation prohibited the manufacture, sale, processing, transportation, supply, import, export and possession of cocaine, opium and its derivatives. The law was amended in 1928 to include cocaine derivatives and cannabis in the list of controlled substances. However, only the import, expert and transfer of those substances were prohibited. The offences

⁷¹ M. Grapendaal, E. Leuw and H. Nelen, A World of Opportunities: Life-Style and Economic Behaviour of Heroin Addicts in Amsterdam. New York, S.U.N.Y. Press, 1995, mentioned in T. Boekhout van Solinge, "Dutch Drug Policy in a European Context", Journal of Drug Issues Vol. 29, No 3, 1999, page 511. Available online at: www.cedro-uva.org/lib/boekhout.dutch.html.

of possession and producing cannabis and cannabis derivatives were not punishable until 1953.

The *Opium Act*—also referred to as the *Narcotics Act*—is the Netherlands' main drug legislation. The *Act* criminalizes possession, cultivation, trafficking and importing or exporting. The 1976 Amendments establishes two classes of drugs: Schedule I drugs are deemed to present an unacceptable risk to Dutch society and include heroin, cocaine, amphetamines and LSD; Schedule II drugs include "traditional hemp products" such as marijuana and hashish.

Offences

The Act has three characteristic features:

- it criminalizes possession, trafficking, cultivation, transportation, manufacturing, import and export of drugs, including cannabis and cannabis derivatives;
- it draws a clear distinction between suppliers and users; the act punishes possession for the purpose of use, not use as such;
- differentiated penalties based on the substances involved.

The possession of all scheduled drugs is an offence, but possession of a small quantity of "soft" drugs for personal use is a minor offence. Generally, it is tolerated by law enforcement, particularly within the regulated coffee shop system, discussed in the following section. Importing and exporting are the most serious offences under the Act.

Penalties

The maximum penalty for importing or exporting hard drugs is 12 years' imprisonment and a fine of 100,000 Dutch florins. 72 Anyone found in possession of a quantity of hard drugs for personal use is liable to a penalty of one year's imprisonment and a fine of 10,000 florins. The maximum penalty for importing or exporting soft drugs is four years' imprisonment and a fine of 100,000 florins. Repeat offenders are liable to a maximum penalty of 16 years' imprisonment and a fine of 100,000 florins. Offenders may also be deprived of any money or property gained from their offence. The Netherlands also has guidelines for sanctions that the Public Prosecutor is directed to seek, based on: the type of drug involved, the amount of the drug and the specific offence. The following tables set out the current guidelines (1996).73

⁷² 100,000 Dutch florins = approximately C\$63,000.

⁷³ Source: Staatscourant (1996) in D.J. Korf and H. Riper, "Windmills in Their Minds? Drug Policy and Drug Research in the Netherlands", *Journal of Drug Issues*, Vol. 29, No. 3, 1999, page 451, Table 2.

SCHEDULE I SUBSTANCES ("HARD DRUGS")		
Offence	Amount	Sanction to be Sought ⁷⁴
Possession	< 0.5 g or < 1 user unit	Police Dismissal
	0.5-5 g or 1-10 user units	1 week - 2 months
Possession with Dealer	< 15 g or < 30 user units	Up to 6 months
Indication (i.e., intent to sell)	15-300 g or 30-600 user units	6-18 months
	> 300 g or > 600 user units	18 months - 4 years
Street or Home Dealing	< 1 g	Up to 6 months
	1-3 g	6-18 months
	> 3 g	18 months - 4 years
Middle-level Dealing	< 1 kg	1-2 years
	> 1 kg	2+ years
Wholesale Trade	> 5 kg	6-8 years
Import and Export	< 1 kg	Up to 3 years
	> 1 kg	3-12 years

SCHEDULE II ("SOFT DRUGS")		
Offence	Amount	Sanction to be Sought (75)
Possession, Preparing,	Up to 5 g	Police Dismissal
Processing, Sale, Delivery, Supply, Transporting or	5-30 g	Fine of Dfl. 50-150
Manufacturing Manufacturing	30 g-1 kg	Fine of Dfl. 5-10 per g
	1-5 kg ⁷⁶	Fine of Dfl. 5,000-10,000 and 2 weeks per kg
	5-25 kg	Max. fine of Dfl. 25,000 and 3-6 months
	25-100 kg	Max. fine of Dfl. 25,000 and 6-12 months
	> 100 kg	Max. fine of Dfl. 25,000 and 1-2 years

⁷⁴ In addition to imprisonment, penalties sometimes include fines and property seizures (except for possession).

¹/₇₅ For repeat offences within five years, the required penalty is increased by one-quarter. As to sales to "vulnerable groups" (that is to say to minors, psychiatric patients), a minimum fine of approximately Cdn \$475 is also levied.

⁷⁶ Quantities greater than 1 kg are considered as suggesting drug trafficking.

SCHEDULE II ("SOFT DRUGS")			
Offence	Amount	Sanction to be Sought (75)	
Cultivation	Up to 5 plants	Police Dismissal	
	5-10 plants	Dfl. 50 par plant (repeat offenders: Dfl. 75 per plant)	
	10-100 plants	Dfl. 25 per plant and/or ½ day per plant	
	100-1 000 plants	Max. fine of Dfl. 25,000 and 2-6 months	
	>1 000 plants	Max. fine of Dfl. 25,000 and 6 months – 2 years	
Import and Export	The Act does not distinguish between quantities, but in practice the prosecutor's sentence recommendation will correspond to the quantity divisions for possession.	Sanctions for possession may be doubled to a maximum of 4 years and a maximum fine of Dfl. 100,000	

The coffee shop system

Contrary to several stereotypes, cannabis possession is not decriminalized; strictly speaking, it is still a criminal offence. However, based on the principle of expediency, which is part of the criminal law tradition in the Netherlands, the possession of small amounts of cannabis for personal use has been decriminalized. The sale of cannabis is technically an offence under the *Opium Act*, but prosecutorial guidelines provide that proceedings will only be instituted in certain situations.

Without legalizing the sale of cannabis and cannabis derivatives, the municipalities may permit the establishment of coffee shops which are authorized to sell cannabis under certain conditions. An operator or owner of a coffee shop (which is not permitted to sell alcohol) will avoid prosecution if he or she meets the following criteria:

- no more than 5 grams per person may be sold in any one transaction;
- no hard drugs may be sold;
- drugs may not be advertised;
- the coffee shop must not cause any nuisance;
- no drugs may be sold to minor (under 18), nor may minors enter the premises;
- the municipality has not ordered the establishment closed.

The idea behind the Netherlands' policy towards the coffee shops is that of harm limitation. This is based on the argument that if we do not prosecute small-scale cannabis dealing and use under certain conditions, the users — who are mainly young people experimenting with the drug — are not criminalized (they do not get a criminal record) and they are not forced to move in criminal circles, where the risk that they will be pressed to try more dangerous drugs such as heroin is much greater. To

It is common for municipalities to have a coffee shop policy to prevent or combat the public nuisance sometimes associated with these establishments. For example, suspicion of selling hard drugs or locating a coffee shop near a school or in a residential district may result in closure. In April 1999, the "Damocles Bill" amended the *Narcotics Act* by expanding municipal powers regarding coffee shops and permitting local mayors to close such places if they contravened local coffee shop rules, even if no nuisance was being caused. As a result of strict enforcement and various administrative and judicial measures, the number of coffee shops decreased from nearly 1,200 in 1995 to 846 in November 1999.78

There appears to be three types of policies on coffee shops:

- tolerance without condition as to the number of coffee shops, which is determined by market mechanisms; this situation is the most rare;
- conditional tolerance, setting a maximum number of coffee shops;
- zero tolerance: no coffee shop; this is the case in approximately 50 per cent of Dutch cities.

To determine the ideal number of coffee shops, the association of municipalities recommends that demographic factors (number of inhabitants, age groups) and urban development factors (role of the city with respect to the region; number of centres in the city) be considered, as well as any nuisance caused by the use of soft drugs.

Thus, in most municipalities, coffee shops are accepted on in the downtown area, and a maximum number is determined in accordance with criteria of distance — distance of the establishments from one another and distance between the coffee shops and certain institutions such as schools and psychiatric hospitals. (...) The difficulties encountered by certain mayors with regard to administrative judges have come from the fact that the absence of any complaints or contraventions has been considered by certain judges as an absence of any concrete evidence of nuisance. A "substantiated" policy is ultimately a policy based on a procedure for consulting drug addiction and public health experts, police experts and, in certain instances, the public itself (including users). This is also a balanced policy in the sense that it accommodates the interests not only of "average" citizens irritated by public nuisances, but also those of soft drug users. ⁷⁰

⁷⁷ Dr. Robert Keizer, *The Netherlands' Drug Policy.* Brief to the Senate Special Committee on Illegal Drugs, November 19, 2001.

⁷⁸ National Drug Monitor, "Fact Sheet: Cannabis Policy, Update 2000", Trimbos Institute, 2000.

⁷⁹ Martineau and Gomart, op.cit., page 85, for the quotation and preceding information.

Since the memo on public nuisances was issued in 1993 and stricter conditions were set for the issuing of permits in 1999, municipal authorities have in fact been able to issue "nuisance permits", which are thus used to monitor the number of coffee shops, without moreover violating the fundamental orientations of the Dutch system.

Data on use

Despite the Dutch "pragmatism", there are ultimately few reliable historical data on use trends. It therefore cannot be asserted that use trends significantly increased after the coffee shop system was introduced, nor can it be stated that they declined. The creation of the Trimbos Institute and its designation as a focal point in the OEDT's European network are correcting this situation.

The following tables contain data from the most reliable surveys.

CANNABIS USE IN THE NETHERLANDS BY PEOPLE AGED 12 YEARS AND ABOVE. SURVEY YEAR 1997

Has ever used	16%
Has used recently	2.5%
Has used for the first time in the past year	1%
Mean age of current users	28 years

CANNABIS USE IN THE FOUR LARGE CITIES AND IN SMALLER TOWNS AMONG PEOPLE AGED 12 YEARS AND ABOVE. SURVEY YEAR 1997

	Ever use	Recent use
Amsterdam	37%	8%
Utrecht	27%	4%
The Hague	20%	4%
Rotterdam	19%	3%
Smaller towns ^(a)	11%	

⁽a) Definition: Towns with less than 500 addresses per square kilometre.

CANNABIS USE BY PEOPLE AGED 16 AND ABOVE IN THREE URBAN AREAS. SURVEY YEAR 1999

	Ever use ^(a)	Recent use(b)	
Utrecht	30%	7%	
Rotterdam	19%	6%	
Parkstad Limburg(c)	13%	5%	

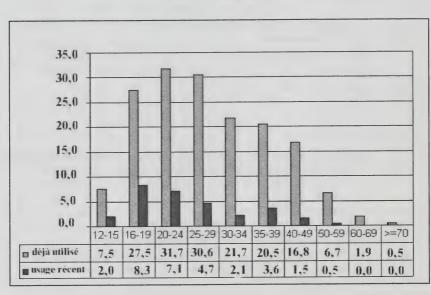
Percentage of users: (a) 16 to 70 years, (b) 16 to 55 years. Recent use: last month.

LEVEL OF CANNABIS CONSUMPTION IN THE NETHERLANDS BY RECENT USERS AGED 12 YEARS AND ABOVE. SURVEY YEAR 1997

Days of use in the last month	Percentage among recent users(4)
1-4	45%
5-8	14%
9-20	15%
More than 20 days	26%

⁽a) Adds up to 100%.

CANNABIS USERS IN THE NETHERLANDS PER AGE GROUP. SURVEY YEAR 199780



⁸⁰ We have reproduced this table in its original format, thus we do not have the capacity to change text to English; "déjà utilisé" means ever used, and "usage récent" means recent use.

WHERE DO YOUNG PEOPLE PROCURE THEIR CANNABIS?

	1996	1999
Obtain cannabis from friends	41%	47%
Purchase cannabis in coffee shops	41%	32%
Purchase cannabis from a dealer	11%	11%
Receive cannabis from others	5%	8%
Purchase cannabis at school	3%	1%
Grow it themselves (a)	-	2%

Pupils aged twelve and above in secondary schools (recent users)

(a) Only measured in 1999.

RECENT CANNABIS USE IN SPECIAL GROUPS

Young persons in	Survey Year	Age	Recent Use
Special schools for secondary education	1997	12-18	14%
Truancy projects	1997	12-18	35%
Judicial institutions	1995	-	53%
Youth care institutions	1996	10-19	55%
Young drifters	1999	15-22	76%

As seen in Chapter 6, the available data on the Netherlands place the country somewhere in the middle of the field, behind Australia, the United States, the United Kingdom, Spain and Denmark, and far ahead of Sweden and Finland.

Whatever the case may be, and despite what some analysts refer to as a disastrous situation, the Dutch experience poses fewer problems in relation to drug use in the Dutch population than internal difficulties in connection with the nuisances caused by the coffee shops for Dutch citizens and neighbouring countries, Germany, France and Belgium, as a result of narco-tourism. Even more significant, the Dutch system, with its half measures, is faced with the problem of supplying coffee shops with cannabis and cannabis derivatives, which is still entirely illegal.

Holland does not escape criticism any more than other countries. From a theoretical standpoint, the very principle of de facto legalization is debatable. It fosters arbitrary action and, in particular, leaves the field open to trafficking. As much as the legalization of drug use has made it possible to get a handle on the phenomenon and make it visible so that it can be more effectively addressed, the legalization of trafficking prevents any control. (...) In practical terms, the criticisms are equally fundamental. The main criticism is that the Dutch policy has not reduced the use of drugs, hard or soft. (...) Nor has the Dutch policy eliminated the risks associated with drug abuse. (...) But it must also be recognized, and it is to the credit

REPORT OF THE SENATE SPECIAL COMMITTEE ON ILLEGAL DRUGS: CANNABIS

of the Dutch policy that, while the Netherlands has not actually done better than the prohibitionist countries in the fight against drug use, it has not done worse.⁸¹

Ultimately, the most remarkable thing is the ability of the Dutch stakeholders themselves, as may be seen from their testimony before our committee, to admit the weaknesses and errors of their approach, while constantly seeking ways to correct them.

⁸¹ Caballero and Bisiou (2000), op. cit., page 770-772.

UNITED KINGDOM82

Ten-year strategy to battle drugs

In 1998, at the same time as the newly elected Labour government announced an imposing crime reduction program, it adopted a 10-year strategy, based on a similar model, to combat drug abuse in the UK.⁸³ The strategy has four objectives:

- To help young people resist drug misuse in order to allow them to achieve their full potential. The key objective is to reduce the number of people under age 25 reporting use of illegal drugs in the past month and previous year. The program relies on education in schools and prevention efforts focusing on young people at risk.
- To reduce levels of repeat offending among drug-misusing offenders, by giving them the opportunity to take appropriate treatment. To do this, various treatment options were added to the stages of arrest, probation and court appearance. In addition, new drug treatment and testing orders will be made available in all courts in England and Wales. This scheme allows a court, with the offender's consent, to make an order requiring the offender to undergo treatment either in parallel with another community order, or as a sentence in its own right. In addition, the program known as Carats (Counselling, Assessment, Referral, Advice and Throughcare) is available in all England and Wales prisons, and additional prison-based rehabilitation programs are planned.
- Acknowledging that waiting times are one of the main problems for people requiring treatment and that the supply of treatment services is well below demand, the government plan provides for the creation of a National Treatment Agency which will be responsible for the provision of drug treatment and the delivery of high-quality services. Harm reduction strategies will also be increased.
- To reduce access to drugs among five-to-16-year old children, increase the seizure of Class A drugs and increase assets seized from traffickers.

Ambitious targets relating to the drug strategy have been set out in the Anti-Drugs Co-ordinator's First Annual Report and National Plan, including:

> halving the numbers of young people using illegal drugs (especially heroin and cocaine);

83 Tackling Drugs to Build a Better Britain.

⁸² This section draws largely on the research report prepared for the Committee by the Library of Parliament: G. Lafrenière, (2001) National Drug Policy: United Kingdom. Ottawa: Library of Parliament, prepared for the Senate Special Committee on Illegal Drugs; available online at www.parl.gc.ca/illegaldrugs.asp.

- halving the levels of re-offending by drug-misusing offenders;
- doubling the numbers of drug misusers in treatment; and
- halving the availability of drugs on the streets (especially heroin and cocaine).

Although the 10-year strategy is supposed to focus on the most harmful drugs (heroin and cocaine), the number of people fined, cautioned and in some cases jailed for possession of cannabis still exceeds 100,000 a year.⁸⁴

Legislative framework

The main illicit drug legislation in the UK is the Misuse of Drugs Act 1971 (MDA) (which is equivalent to Canada's Controlled Drugs and Substances Act). This legislation and its regulations (Misuse of Drugs Regulations 1985) control the use of listed drugs (including both medical drugs and drugs with no medicinal use). They set out the circumstances in which it is lawful to import, produce, supply, possess with intent to supply, and possess controlled drugs.

Under Schedule 2 of this Act, drugs are classified as either A, B or C in theory to reflect the degree of harm they are considered to cause to the individual or society when misused. Each class has different maximum penalties that apply to prohibited

activities in relation to drugs.

- Class A is reserved for the more harmful drugs to which more severe penalties apply. This class includes, among others, heroin, morphine, methadone, cocaine, opium and hallucinogens such as Ecstasy and LSD. Also included are liquid cannabis (hashish oil), cannabinol and cannabinol derivatives and any class B drug prepared for injection.
- Class B includes cannabis, cannabis resin, less potent opioids (codeine), strong synthetic stimulants (oral amphetamines) and sedatives (barbiturates).
- *Class C* is reserved for drugs that are considered the least harmful such as tranquillzers, some less potent stimulants and mild opioid analgesics.

The Home Secretary can change the classification of drugs through delegated legislation as was just recently done for cannabis. This modification means that possession of cannabis for personal use will not be an arrestable offence but obtain a police caution.

Sections 3 to 6 set out which activities in relation to drugs are prohibited. They include importation and exportation (the actual offences are contained in and prosecuted under the Customs and Excise Management Act 1979), production, supply,

⁸⁴ "Drug Laws: the debate nobody wants", The Guardian, May 14, 2001.

possession, and possession with intent to supply. Cultivation of cannabis is a separate offence but is also considered production. Under section 8, it is prohibited for the occupier knowingly to permit premises to be used for: production; the supply of any controlled drug; the preparation of opium for smoking; or the smoking of cannabis, cannabis resin or prepared opium. Section 9 provides a series of offences related to opium, including smoking or otherwise using opium. Section 9A prohibits the supply of any article which may be used in the unlawful administration of drugs (hypodermic syringes are excluded from this prohibition for the purpose of needle exchange programs). Sections 18 to 21 create other offences mainly dealing with incitement to commit an offence under the MDA.

Penalties are set out in sections 25 and 26. Section 27 deals with forfeiture.

- For class A drugs, the maximum penalties are as follows: seven years and/or unlimited fine for possession; life and/or unlimited fine for production or trafficking with a mandatory seven-year sentence for a third conviction for trafficking. The mandatory sentence for a third conviction of trafficking is found in the Criminal Sentences Act 1997.
- For class B drugs, the maximum penalties are: five years and/or unlimited fine for possession; and fourteen years and/or unlimited fine for production or trafficking.
- For class C drugs, the maximum penalties are: two years and/or unlimited fine for possession; and five years and/or unlimited fine for trafficking.

In addition, producers and traffickers are also liable to confiscation of assets under the Drug Trafficking Act 1994. As stated above, growers of cannabis may be prosecuted under section 4 (production) of the MDA rather than under section 6 (cultivation) of this Act. This is significant because production (but not cultivation of cannabis) is designated a trafficking offence for the purposes of the Drug Trafficking Act 1994. In 1997, a total of 4,168 people were dealt with for production offences of which 92% involved production of cannabis (25% of these offenders were cautioned and 18% of those who were found guilty were sentenced to immediate custody). Offences that are designated as trafficking offences for the purposes of the Drug Trafficking Act 1994 include production, supply, and possession with intent to supply as well as importation offences under the Customs and Excise Management Act 1979. In the UK, most drug offences may be tried summarily by magistrates or on indictment with a jury at a Crown Court. If tried summarily, the maximum cannot exceed six months and/or £5000 fine or three months and/or fine for less serious offences.

Section 7 allows for regulations to be made to exempt certain activities from the offence provisions. This allows for the use of drugs for medicine and for scientific research. The Misuse of Drugs Regulations 1985 divide drugs into five schedules. The regulations set out the classes of persons who are authorized to handle controlled drugs while acting in their professional capacities and lay down the conditions under which certain activities may be carried out. More severe rules regarding importing, exporting,

production, supply, possession, prescribing and record-keeping apply to Schedule 1 drugs with a gradual loosening of the rules for other schedules. For example, the most restricted Schedule 1 drugs (such as LSD and cannabis) can be supplied or possessed only for research or other special purpose by licensed individuals and are not available for normal medical uses and cannot be prescribed by doctors who do not have a licence. Schedule 2 drugs—which must be prescribed—are subject to a number of controls relating to prescriptions, secure storage and the need to keep records. Schedule 5 drugs, meanwhile, are subject to the least administrative controls and may be freely imported, exported or possessed for personal use.

Cannabis and certain psychoactive cannabinoids and derivatives are classified under Schedule 1 as having no therapeutic benefit. Thus, they cannot be prescribed and can only be possessed for research purposes by someone who is licensed to do so. Nabilone (a synthetic cannabinoid) is licensed for prescription to patients with nausea or vomiting resulting from cancer chemotherapy, which has proved unresponsive to other drugs. Dronabinol (a cannabinoid) has been rescheduled from Schedule 1 to Schedule 2 and can be prescribed. However, it remains unlicensed in the UK and has to be prescribed on a "named patient basis."

Section 10 allows the making of regulations dealing with safe custody, documentation of transactions, record-keeping, packaging and labelling, transport, methods of destruction, prescriptions, the supply of information on prescriptions to a central authority, the licensing of doctors to supply controlled drugs to addicted patients, and the notification by doctors of their addicted patients.

The Misuse of Drugs (Supply to Addicts) Regulations 1997 restrict to a few specially licensed doctors the ability to prescribe heroin, dipipanone and cocaine for the treatment of addiction.

Other relevant legislation in the field of drug misuse

The Medicines Act 1968 (equivalent to Canada's Food and Drugs Act) regulates the production and distribution of medicinal drugs and other medicinal products in the UK. It generally requires a marketing authorization or licence before a product may be distributed. The Act deals with the testing, sale, supply, packaging, labelling, prescribing, dispensing by pharmacists, and selling in shops of medicinal products. Many controlled drugs are also medicinal products and must thus satisfy the requirements of both the MDA and the Medicines Act 1968.

The MDA prohibits the importation or exportation of a controlled drug unless it is exempted by regulation or it takes place under the proper licence. The offences, however, are actually under the Customs and Excise Management Act 1979 which acts together with the MDA to prohibit unauthorized importation or exportation of controlled drugs. The offences under the Customs and Excise Management Act 1979 are usually charged and prosecuted by H.M. Customs and Excise rather than by the police and Crown prosecutors. In 1997, a total of 1,741 people were dealt with for

these offences, 68% of which involved cannabis (31% were dealt with by compounding and of those found guilty by the courts, 79% were sentenced to immediate custody).

Part II of the Criminal Justice (International Co-operation) Act 1990 controls the manufacture and supply of certain precursor chemicals which can be used in the manufacture of illicit drugs. Manufacture or supply contrary to the Act is a trafficking offence for the purposes of the Drugs Trafficking Act 1994. Regulations may be made dealing with notification of exports, record-keeping and the supply of information.

The Drug Trafficking Act 1994 was adopted to enable the UK to meet its obligations under the United Nations Convention against Illicit Traffic in Narcotic Drugs and Psychotropic Substances 1998 (The Vienna Convention). It creates offences in connection with laundering and handling of the proceeds of drug trafficking, and introduces confiscation measures. The burden of proof is placed on the defendant to prove that the assets were lawfully acquired and applies the civil standard of proof on the balance of probabilities. The MDA does not distinguish between trafficking and non-trafficking offences. Rather, this distinction is made in the Drug Trafficking Act 1994; the main consequence of designating an offence as a trafficking offence is that the confiscation provisions apply. In addition, an offender is liable for a third trafficking offence involving a Class A drug to a minimum penalty of seven years imprisonment under the Crime Sentences Act 1997.

Debate in the UK

As in Canada, the debate in the UK regarding cannabis would appear to revolve around two issues: (1) decriminalization or legalization of cannabis for recreational use; and (2) the medicinal use of cannabis.

Although cannabis is now a Class C drug, its recreational use is still prohibited in the UK. Under the MDA, it is illegal to grow, produce, possess, or supply cannabis to another person. It is also an offence to allow premises to be used for growing, preparing, supplying or smoking it. Maximum penalties for cannabis offences in the UK are fairly severe (these vary throughout the EU). As in Canada, there is considerable discretion in how the law is applied and in many cases the police caution those found in possession of small amounts of cannabis. In the Report of the Independent Inquiry into the Misuse of Drugs Act 1971, Drugs and the Law, the following was stated regarding the use of discretion, particularly with respect to cannabis:

Many cases are kept away from the courts by cautioning and compounding and, in Scotland, warning letters and fiscal fines. By far the largest increase in police cautioning in England and Wales has been for cannabis offenders, from 41% in 1990 to 55% in 1997. This has meant in practice a tripling in the number of cannabis offenders for which a caution was given, from 16,500 to 47,000. Cautions are part of an offender's criminal record. There is no provision at present for these records to expire under the Rehabilitation of Offenders Act 1974. The Government has recently issued a consultation paper proposing that this anomaly should be corrected and that cautions should be immediately spent. This

would also apply to reprimands and warnings, which are to replace cautions for young people under 18 under the Crime and Disorder Act 1998.

Cautioning is not used by H.M. Customs and Excise or in Scotland. For importation and exportation offences, compounding — a monetary penalty in lieu of prosecution — may be used in cases involving cannabis not exceeding 10 grams in weight. While compounding does not necessarily become part of an offender's criminal record, it may be mentioned in subsequent court proceedings Its use for cannabis importation offenders fell between 1990 and 1997 from 58% to 45%.

... This discretion in the implementation of the MDA is desirable but produces anomalies in the differing regimes of cautioning and compounding, and inconsistencies in the cautioning rates between police forces. More than half of the arrests for cannabis offences result in a caution. We do not criticise the police for their extensive use of cautioning. It is currently the only realistic and proportional response. Without it, the courts would have ground to a halt. However, the use of discretion does not lessen the disproportionate attention that the law and the implementation of the law unavoidably give to cannabis and cannabis possession in particular. 85

The use of cannabis for medicinal purposes has a long history in the UK. It was prescribed as a medicine in the UK until 1973. At that time, it became a drug that could not be legally used as a medicine and today its medicinal use remains prohibited. As will be discussed in the next section, the Science and Technology Committee of the House of Lords recommended that cannabis be made available for medicinal purposes in a 1998 report. This recommendation was rejected by the government, which indicated that before such a change could be considered, the safety and efficacy of cannabis would have to be demonstrated. G.W. Pharmaceuticals has been given permission to grow cannabis with the aim of developing a cannabis-based medicine; clinical trials have commenced in the UK.

Recent key reports and studies

Science and Technology Committee of the House of Lords

In 1998, the Science and Technology Committee of the House of Lords studied the issue of medicinal use of cannabis and tabled a report entitled Cannabis: The Scientific and Medical Evidence. The purpose was to examine the scientific and medical evidence with respect to the medicinal use of cannabis and determine whether current restrictions were appropriate. In addition, the Committee considered whether the prohibition on recreational use was justified based on the scientific evidence of adverse effects. However, the mandate did not include other issues such as the social and legal aspects of cannabis use.

The Committee discussed the long history of cannabis use both as a medicine (usually in the form of a tincture) and an intoxicant. The Committee noted that the

⁸⁵ Police Foundation (2000) Report of the Independent Inquiry into the Misuse of Drugs Act 1971, "Drugs and the Law", Chapter 7, paragraphs 28, 29 and 31.

"advent of a host of new and better synthetic drugs led to the abandonment of many ancient herbal remedies, including cannabis." 86 The Medicines Act 1968 allowed the government to licence pharmaceutical companies and products, and cannabis was still able to be prescribed under certain conditions. In 1973, cannabis's licence of right was not renewed and the regulations under the Misuse of Drugs Act 1971 prohibited medical use altogether (by listing cannabis in what is now Schedule 1).

The Committee then went on to review the pharmacology of cannabis and the different ways it may be administered, the toxic effects of cannabis, including: the short and long-term effects of it; whether the user develops tolerance to the drug; and whether it causes dependence. The Committee found that although cannabis "is not in the premier league of dangerous substances, new research tends to suggest that it may be more hazardous to health than might have been thought only a few years ago." 87

Concerning the current medical use of cannabis in the UK (quite widespread even though it is illegal) as well as the current medical uses of cannabinoids (certain cannabinoids are legally in current use in UK medicine), the Committee proposed new indications for cannabis-based medicines (including alleviating certain symptoms related to multiple sclerosis). The Committee stated that it "is important to distinguish the different substances and preparations; for instance, cannabis leaf must be distinguished from cannabis extract, and whole cannabis from THC. It is also important, although not always easy, to distinguish the various possible routes of administration, e.g. by smoking and by mouth." 88

Based on evidence that cannabis can be effective in relieving the symptoms of multiple sclerosis and against certain forms of pain, the Committee recommended that clinical trials of cannabis for these conditions "be mounted as a matter of urgency." The Committee members did indicate that if a medicine became licensed (after clinical trials), they did not envisage smoking being used to administer it. Thus, they called for research into alternative delivery systems. The Committee also recommended that cannabis should be reclassified as a Schedule 2 drug so that doctors would be permitted to prescribe an appropriate preparation of cannabis, "albeit as an unlicensed medicine and on the named-drug basis"; this would also allow research without a special licence.

Compassion was the main reason for recommending the change to the law (a law under which patients risk prosecution to get help). Another reason was the inconsistent way in which the law was enforced, which brought it and Parliament into disrepute.

The Committee did note that cannabis-based medicine would not be appropriate for certain groups of patients such as pregnant women, people predisposed to schizophrenic illness or those with cardiovascular conditions. In addition, users would have to be warned of possible side-effects. The risk of addiction would have to be considered when deciding whether to prescribe. Thus, the Committee recommended that "if doctors are permitted to prescribe cannabis on an unlicensed basis, the medical professional

⁸⁶ House of Lords, Select Committee on Science and Technology, Ninth Report, Session 1997-98, Cannabis: The Scientific and Medical Evidence, para. 2.6.

⁸⁷ *Ibid.*, par. 4.1.

⁸⁸ Ibid., par. 5.1.

bodies should provide firm guidance on how to do so responsibly" 89 and that "safeguards must be put in place by the professional regulatory bodies to prevent diversion to improper purposes." 90

With respect to the recreational use of cannabis, the Committee added that although the harms must not be overstated, there was enough evidence of toxic effects

of cannabis to justify maintaining the current prohibition.

The government rejected the recommendation to reclassify cannabis. It indicated that before cannabis should be available for prescription, its safety, quality and efficacy would have to be demonstrated and a marketing authorization issued by the Medicines Control Agency. In addition, the government indicated that allowing prescriptions of cannabis would reduce momentum in research. The government was also concerned with the possibility of prescribed cannabis being used for improper purposes.

In March 2001, the Science and Technology Committee of the House of Lords presented another report dealing with the current state of research into the therapeutic uses of cannabis, the roles of the Home Office and the Medicines Control Agency in the licensing of cannabis-based medicines, and more recent issues relating to the prosecution of therapeutic cannabis users. The Committee reiterated that cannabis should remain a controlled drug and that the legalization debate should maintain a clear distinction between therapeutic and non-therapeutic use.

With respect to the current state of research, the Committee noted trials recently approved for funding by the Medical Research Council. The Committee was concerned about the long timeframe for developing usable therapeutic preparations from these trials. It was more encouraged with the progress being made by G.W. Pharmaceuticals, both with respect to establishing the efficacy of a cannabis-based medicine and in developing suitable medical preparations (e.g., a sub-lingual spray).

The Committee also discussed the prosecution of therapeutic users of cannabis. They noted that the decision to prosecute varies from region to region and that, in some cases, juries have acquitted therapeutic users who do not deny the offence but plead therapeutic use in mitigation while others are found guilty. The Committee believed that the acquittal of cannabis users by juries on compassionate grounds brings the law into disrepute. According to the Committee, this problem underlines the need to legalize cannabis preparations for therapeutic use.

The Committee noted that the decisions made by the Medicines Control Agency appear to be inconsistent. For example, although it is satisfied that the information on the toxicological profile of delta-9-tetrahydrocannabinol is adequate, it is not satisfied with the toxicology data of cannabidiol. The Committee was of the view that the Medicines Control Agency had "not adopted a positive approach towards the licensing of a cannabis-based medicine." The Committee was concerned that the Medicines Control Agency's approach places "the requirements of safety and the needs of patients in an unacceptable

⁸⁹ Ibid., par. 8.16.

⁹⁰ *Ibid.*, par. 8.17.

balance." The Committee concluded that the Agency's attitude "means that cannabis-based medicines are not being dealt with in the same impartial manner as other medicines."

We believe that a thorough and impartial reappraisal of the published scientific literature on the safety of CBD and cannabis extracts should lead the MCA to reconsider their present overly cautious stance. We are at least encouraged that the MCA state that they are conducting a more detailed review of existing literature reports on cannabis and CBD. 91

The Runciman Report

In August 1997, The Police Foundation set up an independent inquiry (chaired by Viscountess Runciman) to assess the UK's legislation on the misuse of drugs. The main goal was to determine whether the legislation needed to be revised in order to be more effective and more responsive to the changes that had taken place in the 30 years since the original law was passed.

The report recognizes that the goal of drug legislation must be to control and limit the demand for and the supply of illicit drugs because eradication of drug misuse is not a realistic goal. The report also stated that the law must fulfil UK's international obligations and noted that international agreements — while restricting some options — allow for room to manoeuvre, particularly in the areas of drug use and possession. ⁹² The report discussed different approaches towards drug use and possession and towards minor acts of supply taken by some other European countries and found that the UK had a comparatively more severe regime of control of possession offences.

The report indicated that the law should be based on the following principles:

- as a means of reducing demand, the law is only one aspect of a broader agenda of health, prevention and education;
- it should reflect the latest scientific understanding and the social and cultural attitudes of modern British society;
- it should be realistically enforceable;
- it should infringe personal freedom only to the degree necessary to restrain serious levels of harm to users or others;
- it should target the drugs that cause the most harm;
- it should reflect the relative harmfulness of activities connected with each illicit drug or category of drugs, and provide for sanctions proportionate to that harm; and
- in its operation, the law should be accepted by the public as fair, consistent, enforceable, flexible and just.

⁹¹ House of Lords, Select Committee on Science and Technology, *Therapeutic Uses of Cannabis*, Second Report, March 14, 2001, par. 29.

⁹² Report of the Independent Inquiry into the Misuse of Drugs Act 1971, Drugs and the Law, Mars 2000, page 74.

The report noted a steady increase in the prevalence of both problem drug use (including injecting among problem drug users) and casual drug use in the UK over the past 30 years. Cannabis is the most widely used illegal drug, with age 30 being the big divide in drug use. Despite there being a steady rise in drug offences and seizures (including amounts seized) over the years, the report concluded that efforts to limit supply have in the most part failed. The report found that the public views healthrelated dangers of drugs as more of a deterrent than their illegality, availability or price. In addition, public attitudes to cannabis compared to other drugs were significantly different (cannabis was seen as the least harmful drug, its possession should be the lowest of priorities for police, and a number of people - a third to half - believe that the laws should be relaxed).93 All age groups shared these views, although support for legalization was not as strong among older age groups. With respect to other drugs, strong drug laws were fully supported despite concern with health risks resulting from drug use. The public was much more concerned with trafficking than with possession offences. The inquiry found that there was a lack of data on drug use and the absence of detailed cost information about drug use (e.g., health care, enforcement and other social services costs). Thus, it was difficult to do any type of assessment of drug control and prevention strategies

The UK's drug classification was reviewed and the report recommended keeping the current three-tier drug classification system (class A, B and C). This classification enables authorities to distinguish between the relative risks of different drugs and allows sanctions to be applied that are proportionate to a drug's harm. However, the report found that the criteria by which drugs are classified should be clearly described. The classification should take into account modern developments in medical, scientific and sociological knowledge; as well, the main criteria should be dangerousness of the drug to the individual and to society. The report set out factors to consider, including: the risks of the drug itself (acute and chronic toxicity); risks due to the route of use; extent to which the drug controls behaviour (addictiveness/dependency) and ease of stopping; and social risks (costs to society in terms of crime, medical costs, social harm through intoxication, etc.). Based on these factors, the report recommended some changes to the drug classes to counteract what the members felt was a dangerous message, i.e., that all drugs are equally dangerous. The members of the inquiry believed that these changes would enhance the law's credibility and that education and attention should be refocused on the more harmful drugs such as heroin and cocaine. The report recommended the following changes:

- cannabis should be reclassified from a class B drug to a class C drug and cannabinols from class A to class C;
- heroin and cocaine would remain in class A (the most dangerous drug category) while Ecstacy and LSD would move to class B; and
- buprenorphine would move from class C to class B.

⁹³ Ibid., Chapter 2, par. 64.

It is interesting to note that the members of the inquiry would have classified alcohol as a class B drug bordering on A, while tobacco would have been on the borderline between B and C, if these substances were controlled under the MDA.

The report found that possession offences should remain, even if for personal use. However, the law should minimize the harmful consequences of a contravention in appropriate cases. The report concluded that for the majority of possession offences, imprisonment was neither proportionate nor effective. It recommended that imprisonment no longer be available for possession of class B or class C drugs. Imprisonment should remain a possibility for possession of class A drugs, although the maximum would be shorter than what is currently set out. This would reflect what the courts are currently doing; the average possession sentence is fairly short compared to the maximum available. In addition, the report recommends lowering the maximum fines for all classes of drugs. According to the report, imprisonment for possession would be rare. Non-custodial responses would include fines, probation orders, probation orders with treatment conditions attached, and conditional discharges. These sanctions would be most suitable for possession of class B and class C drugs where a caution was not appropriate. The report noted that in over 50% of cases, police use cautioning. This approach was supported but the report felt that this discretion needed a proper framework. Thus, cautions should become a statutory sanction with guidelines set out in regulations. This would allow the enforcement of conditions attached to a caution. Finally, the report recommended that a caution should not carry a criminal record. If the recommendation to reclassify cannabis as a class C drug were carried out, it would have certain consequences, including that police would no longer be allowed to arrest for possession of cannabis. For arrestable offences, the police have powers to insist that suspects accompany them to the police station and to search their premises without a warrant. Police would still have the power to stop and search for all drugs, however.

With respect to trafficking, the report mentioned that there should be an attempt to differentiate between acts of different gravity with respect to supply offences (for example, supply between friends versus as part of an organized criminal group and supply of class A drugs versus other drugs). The report recommended a separate offence of dealing, the main ingredient of which would be the pattern of activity of illicitly transacting business in drugs. The offence would be a trafficking offence for the purposes of the Drugs Trafficking Act 1994. The report also recommended that the maximum penalty for trafficking in class A drugs be lowered to 20 years and that the maximum for class C drugs (including cannabis) be raised to seven years. The report also recommended the adoption of sentencing guidelines, for trafficking offences in particular. The report also mentioned the ineffectiveness of the laws dealing with confiscation of assets (in their view, a pragmatic problem rather than a legislative one). The report recommended improving the effectiveness of the current system by setting up a new national confiscation agency and making several other changes.

Although the inquiry members believed that the drug legislation in general did not need radical change, the legislation's application to cannabis was the exception. Thus, many of the more significant changes apply to this drug. The report noted that it was the drug most widely used and most likely to bring people in contact with the justice system. The report also noticed the gap between how the law is written and how it is practised with respect to cannabis (due to the use of discretion). The members of the inquiry were of the view that cannabis was less harmful to the individual and society than other illicit drugs (although not harmless). With respect to cannabis, it was felt that the current law produces more harms than it prevents and that the law's response is disproportionate to the drug's harm. The report, thus, recommended penalties for cannabis possession for personal use be decreased and that imprisonment not be an option (normal sanctions for possession and cultivation for personal use would be outof-court disposals, including informal warnings, statutory cautions or a fixed out-ofcourt fine). In addition, the report stated that cultivation of small amounts of cannabis should be prosecuted under section 6 (cultivation of cannabis) rather than section 4 (production) so that it not be considered a trafficking offence. The cultivation offence should be treated in the same way as possession of cannabis. In addition, permitting people to smoke cannabis on their premises would no longer be an offence. The members of the inquiry were of the view that the benefits of such a strategy outweigh the risks and that this would promote the targeting of enforcement on those drugs and activities that cause the most harm.

The report concluded that demand is not significantly reduced by the deterrent effect of the law. Education and treatment can be successful, however. Thus, the members recommended a less punitive approach to possession offences and a more punitive approach to trafficking (particularly with respect to profits obtained from drugs). The members believed that harm could be reduced with credible education and treatment when needed. They indicated that treatment is cost-effective in reducing problem drug use and associated criminal activity and recommended a substantial reallocation of resources from enforcement (currently 62%) to treatment (currently 13%).

With respect to the medicinal use of cannabis, the report concluded that the therapeutic benefits of cannabis for certain serious illnesses outweighed any potential harm. They endorsed the view of the House of Lords report that cannabis and cannabis resin should be moved to Schedule 2 (thus permitting possession and supply for medical purposes). Because the House of Lords recommendation was rejected by the government and because it would be years before a licensed cannabis product becomes available, the report recommended a new defence in law: duress of circumstance on medical grounds for those accused of the possession, cultivation or supply of cannabis for the relief of certain medical conditions.

In its reply to the report, the government rejected or referred for further consideration many of the recommendations made by the inquiry. On the key issues of reclassifying cannabis and the depenalization of cannabis, the government did not

support the inquiry's recommendations. With respect to the reclassification of cannabis, the government was mainly concerned with the health risks associated with its use. With regard to depenalization, the government rejected removing imprisonment as a possible sanction. In addition, they did not want the police powers of arrest to be abolished for these offences. In dealing with the medicinal use of cannabis, the government indicated that the quality, efficacy and safety of a medicinal form of the drug must be established before prescribing should be allowed.

As we now know, the government has since reclassified cannabis and abolished prison terms for possession for personal use.

Other reports

A Working Party of the Royal College of Psychiatrists and the Royal College of Physicians also published a report in 2000. Entitled *Drugs: Dilemmas and Choices*, the report examined key issues in preventing drug misuse. In particular, it states:

Spending on prevention: Three-quarters of UK expenditure is devoted to enforcement and international supply reduction. There is little evidence that this is money well-spent. The proven cost-effectiveness of methadone maintenance and abstinence-based programmes for heroin addicts suggests that more of the available budget should go to treatment programmes. New money for treatment announced by the Government is welcome, but calls for expansion of unproven and untested treatments must be resisted.

Research: Current UK expenditure on drugs research does not begin to match the magnitude of the problem. Just one per cent of the annual drugs prevention budget would inject £,14 million into research—over double the current spent.

Improving the value of treatment: Systematic investment in staff training, monitoring of patients and essential support services is needed to bring improvement rates achieved by UK treatment programmes closer to those in the United States. In particular, more extensive drug treatment facilities are needed for adolescents.

Private prescribing: Private prescribing of substitute drugs leaves scope for malpractice that comes close to 'buying a prescription'. Doctors treating drug-users outside the health service are not currently required to have extra training in addictions and receive little monitoring or regulation.

Drug-testing by employers: Although expensive and surrounded by legal and ethical issues, the technology exists for drug-testing of employees using hair samples. This provides a record of drug-use over the previous three months and could, therefore, have a major impact on the prevalence of drug-use in future.

Ecstasy: Many young people use Ecstasy, and some drugs education campaigns may have proved counterproductive. Any advice given to young people should take account of the likely impact on those who continue to use drugs as well those who will be deterred.

Amphetamine: Dependence on amphetamine, especially when injected, probably carries more risk to users and public health than heroin. Little research has been carried out into dependence or treatment.

Cannabis: Cannabis is not a harmless drug, but its ill-effects on health are almost certainly less than those of tobacco or alcohol, which are legal. More research is needed into the medicinal benefits and long-term ill-effects of the drug. Legislative experiments, as in the Netherlands, should be encouraged. People requiring cannabis to relieve disabling medical conditions, such as multiple sclerosis, should not be prosecuted.

Future policy: The Government's Ten-Year Strategy for Tackling Drug Misuse recognises the need for greater investment in treatment. But there are no easy answers, and ambitious targets for reducing the proportion of young people using heroin and cocaine by 50 per cent by 2008 are unlikely to be achieved by the modest initiatives announced so far. Attempts to curb the illegal international drugs trade have consistently failed and will probably continue to do so. If the prevalence of drug-use and drug-related crime continues to rise, the pressure on the UK and other governments to change policies that are clearly failing is bound to increase. ⁵⁴

Administration

Because of the complexity of the drug problem, many different departments and organizations are involved in implementing the UK drug strategy. The key organizations in the UK's drug strategy are the drug action teams at the local level, which are responsible for ensuring that the strategy is translated into concrete action.

Costs

Public costs

In 1997/1998, most of the costs were directed at enforcement. The total expenditure of £1.4 billion was spent on the following activities:

- drug misuse, enforcement and international supply reduction accounted for 75%
 (enforcement includes police, court, probation, and prisons 62%;
 international supply, which encompasses customs and excise, Foreign and
 Commonwealth Officer 13%);
- treatment and rehabilitation-13%; and
- education and prevention-12%.95

Following a comprehensive spending review in 1998, an additional £217 million were to be allocated over a three-year period to drug activities. "A substantial share of these new funds will be directed at initiatives designed to break the link between drug misuse and crime, including Arrest Referral Schemes and Drug Treatment and Testing Orders. The idea is to provide every drug misusing offender entering a police station or prison with a chance to seek treatment by the year 2002."96 The extra funds were to be spent as follows:

• £133 million for the implementation of the strategy to tackle drug misuse in the criminal justice system.

⁹⁴ Joseph Rowntree Foundation, *Drugs: dilemmas, choices and the law*, November 2000. This article may be found at http://www.jrf.org.uk/knowledge/findings/foundations/N70.asp.

⁹⁵ Tackling Drugs to Build a Better Britain, The Government's Ten-Year Strategy for Tackling Drugs Misuse, April 1998, in the chapter entitled: "Resourcing and Managing the Work".

 $^{^{96}}$ DrugScope, $UK\ Drug\ Situation\ 2000.$ The UK Report to the European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction, November 2000, page 7.

- Prisons would receive £60 million for treatment services and £12 million for voluntary drug testing in prisons.
- £61 million for the piloting and implementation of Drug Treatment & Testing Orders.
- £70.5 million would be allocated to health and local authorities to fund new treatment services and to improve community care for drug misusers.
- Health Authorities would receive £50 million for treatment services and for young people at risk.
- Local Authorities would receive £20.5 million to improve access to services and increase numbers in treatment programs.
- £10.5 million would be allocated to support Drug Action Teams across the country and for national research into effectiveness of anti-drugs activity.
- £3 million would be allocated to support cross-departmental development of more effective drugs education.
- £6 million over 3 years would be provided for a major new research program.
- An extra £3 million would be available from the Confiscated Assets Fund in 1999/2000, to be increased to £5 million and £7 million in subsequent years.⁹⁷

Social costs

The UK Anti-Drugs Co-ordinator's Annual Report 1999/2000 stated that drug misuse costs Britain over £4 billion per year in crime, sickness and absenteeism. In addition, it was estimated that one-third of property crime is related to drugs.

Statistics

The Office for National Statistics estimates that the illegal drugs market alone accounts for nearly 1% of national output, equivalent to £8.5 billion a year. 98

Despite the criticisms made in certain reports, the UK has an impressive database on drug use trends. Every two years since 1983, the Home Office has conducted the national British Crime Survey, which includes a series of questions on illegal drug use. The Home Office also keeps detailed data on arrests, convictions and sentences. The <code>DrugScope</code> organization is the British correspondent for the OEDT.

Use

In the 16-59 age group, 32% in England and Wales say they have "ever used a drug" (1996 = 29% and 1994 = 28%). This rises to 50% for the 16-24 age group.

⁹⁷ Ibid., page 11-12.

^{98 &}quot;The Untouchables", *Economist*, April 21, 2001, Vol. 359, No. 8218, page 49.

Recent drug use was less common, however. For example, in the 1994, 1996 and 1998 surveys, 10%-11% reported drug use in the last year and 6% reported drug use in the last month. Drug use does change with age: 30% of 16- to 24 year olds reported drug use in the last year and 20% in the last 30 days (this compares to 3% and 1.5% for 45-to 54 year olds). In addition, there is a higher prevalence of drug use in males than in females. With respect to children, surveys in England show that 13% of respondents aged 11 to 15 reported ever taking a drug. For children, prevalence increases with age. For example, 3% of 11- to 12-year-olds, 13% of 13- to 14-year-olds, and 31% of 15 year-olds reported ever using drugs.

Cannabis is the most widely cultivated, trafficked and used illicit drug in the UK. The young use it most commonly, with usage declining with age. Almost half of 16- to 24 year olds in England and Wales report ever using cannabis, with 17% using it in the last month. Only 5% of adults aged 55 to 59 report ever using this drug.

Offences

As stated, people arrested in the UK may be dealt with in different ways including cautioning by police or prosecution (except in Scotland where other procedures are available). Under the Customs and Excise Act 1979, compounding (the payment of a monetary sum in lieu of prosecution) is available in cases of importation of small quantities of cannabis (10 grams or less). In addition, the authorities may use their discretion and take no further action. This last option would not appear in criminal statistics.

The total number of people dealt with for drug offences went from 35,000 in 1988 to 153,000 in 1998. Of these, 127,840 were found guilty, cautioned, fined or settled with by compounding. In 1997, the number was 113,150. The most common drug was cannabis at 76%. Almost 90% of MDA offences are possession offences and, generally, three-quarters of all possession offences involve cannabis. The number of people who receive cautions has increased dramatically over the years and of the people found guilty, cautioned, fined or settled with by compounding, cautioning now accounts for almost 50%. Thus, many of the cases are dealt with outside the courts.

In 1998, the number of drug seizures was 149,900, an 8% increase over 1997. Cannabis was involved in 76% of the cases. Between 1995 and 1999, the average price of most drugs remained relatively stable.

SWEDEN⁹⁹

When contrasting a successful model with the Dutch "failure", the witnesses we heard invariably mentioned Sweden. In Sweden, the drug phenomenon is considered one of the most serious social problems (if not the most serious), and drugs are viewed as an external threat to the country. OD Drug addiction is often viewed as the cause of other social problems and the drug problem itself as jeopardizing Sweden's traditional values. These concerns have intensified since Sweden became a member of the European Union (EU) in 1995, since most of the other members of the EU have adopted a more liberal attitude on drug issues. In comparison to other western European countries, Swedish drug policy is regarded as restrictive. One of the aims of the policy is to make it clear that drugs are not tolerated in society, and its overall goal is a drug-free society. In particular, we observe that:

- harm reduction programs are available in a limited fashion only;
- treatment is based on obtaining complete abstinence and it is possible to force people into treatment;
- drug use is an offence, and urine and blood tests are used to detect those suspected of drug use;
- drug legislation is strictly enforced;
- discussions regarding the medical value of cannabis are almost non-existent;
- Swedish legislation strictly adheres to, and even exceeds, the requirements set out in the three United Nations drug conventions.

While Swedish drug policy is currently very restrictive, this was not always the case. In fact in the 1960s, its policy was fairly liberal, basically reflecting a harm reduction approach. ¹⁰¹ For example, from 1965 to 1967, it was possible for severe drug abusers to obtain prescriptions for morphine and amphetamines. This non-scientific experiment (involving approximately 120 people) was used by Nils Bejerot, a police doctor and very influential figure in Swedish drug policy, in his study of the relationship between drug use and drug policy in the period between 1965-1970. Some of his

⁹⁹ This section draws to a large degree on the report prepared for the Committee by the Library of Parliament: G. Lafrenière, (2001) National Drug Policy: Sweden. Ottawa: Library of Parliament, report prepared for the Senate Special Committee on Illegal Drugs, available online at www.parl.gc.ca/illegaldrugs.asp. For more information, see also T. Boekhout van Solinge, (1997) The Swedish Drug Control System: An in-depth review and analysis, Centre for Drug Research, University of Amsterdam, Amsterdam, 1997.

¹⁰⁰ European NGO Council on Drugs and Development, A Snapshot of European Drug Policies: Report on the state of drug policies in 12 European countries, October 2001, page 27.

¹⁰¹ United Nations Office for Drug Control and Crime Prevention, Country Drug Profile: Sweden, 1998, page 1.

findings included: that changes from restrictive to permissive policy and vice versa was reflected in the rates of intravenous drug use; that this experiment was the origin of the Swedish drug epidemic; and that the experiment did not have the desired effect of crime reduction. His findings are still widely accepted in Sweden even though they have been criticised. 102

With increased drug use in 1965, the Committee on the Treatment of Drug Abuse was established: it published four reports from 1967 to 1969. The first report dealt with treatment and the second with repressive measures. It is this second report which led to the adoption of the *Narcotic Drugs Act* in 1968. The Committee's reports indicated that the drug problem was on the increase. This finding, in conjunction with the findings of Bejerot, are partly responsible for the more restrictive approach adopted by Sweden in the late 1960s. In addition, since 1968, the government organized a massive media and school campaign against drugs. This led to a generation growing up with messages based on the gateway theory, among others. This theory is used as a justification for being restrictive in relation to cannabis and "Swedish drug policy actually focuses on cannabis, since it is alleged 'drug careers' start with this substance." In addition, the dangers caused by cannabis itself (psychosis, addictive character, higher risk of suicide, etc.) are seen as reasons for having a restrictive policy.

Over time, Swedish policy became more restrictive and repressive, resulting in the strengthening of penalties, criminalizing of use, and allowing of urine and blood tests for those suspected of use. Although the original goal of the urine and blood tests was to detect new users and provide them with appropriate treatment, it would appear that the tests are no longer being used for this sole purpose as known drug users are also being targeted. 105

Some authors have drawn a link between Sweden's restrictive drug policy and its restrictive alcohol policy. The temperance movement has a long history in Sweden and the country has developed a fairly restrictive alcohol policy, including a state monopoly on the sale of alcohol.

Swedish attitudes towards alcohol are relevant since a restrictive alcohol policy makes a restrictive drug policy a logical option. Moreover, the total consumption model on which the alcohol policy is based, is thought to be valid for illicit drugs as well. By limiting the total consumption of drugs, the total harm caused by drugs is alleged to be lower as well. However, it was shown that this correlation is far from clear when it comes to (different) illicit drugs. 106

¹⁰² Boekhout van Solinge, op. cit., page 45.

¹⁰³ European NGO Council on Drugs and Development, op. cit., page 27.

¹⁰⁴ Boekhout van Solinge, op. cit., page 88.

¹⁰⁵ Ibid., page 116-117.

¹⁰⁶ Ibid., page 103.

National strategy

Following the creation of a Commission on Narcotic Drugs, the Swedish government presented a new action plan in January 2002, which is to be valid until 2004. A total of SKR 325 million (approximately \$50 million Canadian) has been allocated over the three-year period to combat illegal drug use. The action plan was presented as a means to reverse the disturbing trend in drug abuse. ¹⁰⁷

The policy's objectives are to:

- reduce the number of new recruits to drug abuse (mainly through prevention directed at young people);
- encourage more drug users to give up the habit (through care and treatment); and
- reduce the supply of drugs (through criminal measures).

One of the key new features of the drug strategy is the creation of a national antidrugs coordinator position. The position was created to have clear leadership in the drug policy area, make it possible to follow up on the plan's goals, and determine whether new initiatives are required to combat new problems. The key tasks for the new anti-drugs coordinator are to:

- develop cooperation with authorities, municipal and county councils, NGOs, etc.;
- shape public opinion;
- undertake a supporting function for municipal and county councils in the development of local strategies;
- initiate methods development and research;
- serve as the Government spokesperson on drugs issues;
- evaluate the action plan; and
- report regularly to the Government (at least once a year).

Of the SKR 325 million, 100 million (approximately \$15 million Canadian) has been allocated to a special drugs initiative within the Swedish Prison and Probation Service. The goal is to offer care and treatment to all drug abusers in this system. In addition, the National Prison and Probation Administration is required to:

- develop methods for preventing drugs being brought into institutions and detention centres;
- investigate the obstacles to treatment outside institutions; and
- produce special programmes for contract care, i.e. care in accordance with a contract between the person convicted and the community.

¹⁰⁷ Ministry of Health and Social Affairs, National Action Plan on Narcotic Drugs, Fact Sheet, February 2002.

With respect to the police, the National Police Board and the National Council for Crime Prevention will be required to carry out their own review of police efforts to combat drug-related crime.

In Sweden, while the national policy is created at the national level, much of the responsibility for implementing the goals of the action plan remains with the municipalities. For example, they have responsibility for the care of drug abusers pursuant to the *Social Services Act*. In addition, prevention initiatives are also carried out at the local level. Thus, strategies in municipalities will be based on local concerns. Enforcement of the legislation remains at the national level, however, through the police and customs services.

Treatment is one of the three pillars of Sweden's drug policy. One of the stated goals of Swedish drug policy is to rehabilitate the user rather than to punish them by way of the criminal justice system. Since 1982, it has been possible to force people into drug treatment (also applies to alcohol and other products) for a period of up to six months. The main reason for this type of treatment is to protect the user or others in cases of life threatening situations and to motivate the user to continue treatment on a voluntary basis. The use of compulsory treatment appears to be uncommon and its effectiveness has been questioned. 108 In the last several years, there has been a shift from compulsory treatment and institutional treatment towards out-patient treatment. It would appear, however, that treatment is less easily available today than it was 10 to 15 years ago. In addition, the time a user spends in treatment has shortened. These changes are due to cutbacks in social service spending at the municipal level that occurred in the 1990s. "Whereas in 1989 there were 19,000 people in treatment centres (for both alcohol and drugs), in 1994 this number had dropped to 13,000. In the same period, the number of people in compulsory care dropped from 1,500 to 900. Due to the budget cuts, 90 treatment homes were closed between 1991 to 1993."109

Methadone substitution programs have been available in Sweden since the end of the 1960s. Currently, approximately 600 people are involved in methadone substitution programs in Stockholm, Uppsala, Malmo and Lund. The programs are strictly regulated and are officially viewed as being experimental. Some of the conditions for participation include that: the patient must be aged over 20 and demonstrate at least four years of intravenous opiate abuse; he or she must have tried several forms of drugfree treatment; the person in question must have entered the program on a voluntary basis (for example, the person must not be detained, under arrest, sentenced to a term of imprisonment or be an inmate of a correctional facility). For those participating in methadone substitution programs, other drugs are not permitted and the patient must visit the clinic on a daily basis. At this time, the maximum number of people that may be in the program at one time is 800. Pilot projects are under way with Subutex.

¹⁰⁸ Boekhout van Solinge, op. cit., page 165.

¹⁰⁹ Ibid., p 125.

While Sweden has spent large sums of money on treatment, few of its programs have been properly evaluated. Therefore, it is difficult to provide details of their effectiveness. "The official aim is to rehabilitate drug addicts and a lot of effort and financial means are allocated to achieve this; much more than in many other European countries. However, despite all these good intentions, the reality is that the effectiveness of these very expansive programmes is relatively low. In the long run, the Swedish drug treatment programmes do not show better results than what is found internationally." ¹¹⁰

With respect to harm reduction initiatives, there are few low threshold services in Sweden and most are staffed by voluntary organizations. They offer a series of services, but no prescriptions. Needle exchange programs are operated at clinics for infectious diseases in hospitals in Lund and Malmo, and are thus fairly limited. Harm reduction initiatives, such as needle exchange programs, are difficult to promote under a vision of a drug-free society where drug use is not accepted. A proposal in the late 1980s to introduce needle exchange programs throughout Sweden was quashed by Parliament because it "was felt that a higher availability of needles would not stop the spread of HIV, on the contrary, it was thought to increase intravenous drug use." 111

The criminal justice system also plays a role with respect to treatment. In 2000, more than 5,000 drug users were placed in prison. While in prison, offenders have access to treatment programs for drug abuse and some offenders are transferred outside prison for treatment. There are also initiatives to keep drugs out of prisons, for example by conducting searches and urine tests. While in prison, the offender is not offered syringes and substitution treatments are not available.

Swedish legislation allows, under certain conditions, that a sentence may be served outside prison. The necessity of drug treatment is one of the reasons that is often given. Another alternative to imprisonment is a probationary sentence combined with institutional drug treatment. An example of an alternative to prison is the following:

Since 1998, persons with drug addiction problems who have committed a drug offence can access treatment signing a 'treatment contract.' It is a real contract between the drug addict and the Court in which the two parties have rights and obligations like in all contracts. However, certain conditions must be fulfilled by the drug addict: the person must need treatment and he must be motivated to undergo treatment; he/she is a misuser of drugs; and the drug habit contributed to the drugs crime, which should not be serious (less than 2 years foreseen as penalty). The person is not sent to prison and a personalised plan of treatment is established. The health authorities are responsible for the treatment and shall report to the local prison and probation administration and to the public prosecutor if the probationer seriously neglects the obligations stated in the personal plan. 112

¹¹⁰ *Ibid.*, page 162.

¹¹¹ *Ibid.*, page 129.

¹¹² European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction, Country Profiles – Sweden, European Legal Database on Drugs, 2001.

With respect to prevention, drug education programs start early and regularly appear throughout the school curriculum. "Without exaggeration, this opinion-forming could be described as a process of indoctrination. Considering the magnitude of these programmes, the contents of them have gradually become something indisputable and conclusive that one incorporates them into one's own value system." 113

With respect to cannabis, it is viewed as a dangerous drug "and its use is regarded as the beginning of a career in drugs." 114 This is one of the reasons that prevention measures pay specific attention to cannabis as this should lead to less experimenting with the drug and thus prevent new recruits from joining the drug scene.

Legislative framework

Classes of drugs

The main drug legislation in Sweden is the *Narcotic Drugs Criminal Act 1968*. The term "narcotic drugs" is defined in section 8. They include medicinal products or substances hazardous to health with addictive properties and which are subject to control under an international agreement to which Sweden is a party or which the government has declared to be 'narcotic drugs' within the meaning of the Act. No distinction is made between soft and hard drugs. As will be discussed later, the nature of the substance is, however, among the criteria to determine the seriousness of an offence. Narcotic drugs are set out in five lists. List I deals with illegal drugs without medical use; lists II to IV deal with narcotic substances with medical usage and regulation of its import/export; and list V deals with narcotic substances outside international controls. Pursuant to the legislation, narcotic medicines may only be supplied on prescription from a doctor, dentist or veterinarian.

Offences

In Sweden, almost all forms of involvement with narcotics are prohibited pursuant to the *Narcotic Drugs Criminal Act*. This Act lists the behaviours and practices which constitute drug offences and includes possession for personal use, supply (which is fairly broadly defined), manufacture, etc. Even consumption (drug use) has been prohibited since 1988. In this case, "it is not addiction which is a criminal offence according to this law, but the act of adding a drug to the human body." ¹¹⁵ The police are entitled to conduct urine or blood tests in the case of people suspected of having used drugs.

The Smuggling Criminal Act 2000 regulates illegal import and export of drugs. Other relevant legislation includes: the Doping Criminal Act 1991 which regulates the importation, supply, possession of performance enhancing drugs for example; the Act

¹¹³ *Ibid.*, page 177.

¹¹⁴ Boekhout van Solinge, op. cit., page 15.

¹¹⁵ N. Dorn and A. Jamieson, European Drug Laws: the Room for Manoeuvre, London: DrugScope, 2001, page 188.

on Prohibition of Certain Substances which are Dangerous to the Health 1999 which regulates possession and supply of substances that entail danger to life or health and are being used, or can be used, for the purpose of intoxication – this legislation does not regulate substances regulated by other Acts.

The other relevant laws are: the Social Service Act 1980, which covers the possible forms of care for drug users; the Act on the Forced Treatment of Abusers, which provides that an addict who is dangerous to himself or to others may be ordered by a court to undergo compulsory treatment (which involves deprivation of liberty for up to six months for adults and even longer for those up to the age of 20). Other legislation deals with possible expulsion from school for students who abuse drugs, revocation of a driving licence for drug addiction, etc. There is zero-tolerance with respect to driving under the influence of drugs.

Penalties

Punishment is determined by rules contained in the Swedish *Penal Code*. There are three degrees of penalties for drug offences: minor, ordinary and serious. Penalties for minor drug offences consist of fines or up to six months' imprisonment, for ordinary drug offences, up to three years, and for serious offences, two to ten years imprisonment. The penalties regulated under the *Smuggling Criminal Act*, are identical to the penalties listed above.

The seriousness of the offence is based on the nature and quantity of drugs and other circumstances. The government has stated that the term "minor drug offence" is to be reserved for the very mildest of offences. For example, it should generally only involve personal use or possession for personal use of very small amounts. In these cases, a fine may be warranted. The fine is based on the offender's income. Minor offences involve: amphetamine up to 6 g, cannabis up to 50 g, cocaine up to 0.5 g and heroin up to 0.39 g; ordinary offences involve: amphetamine from 6.1 g to 250 g, cannabis from 51 g to 2 kg, cocaine from 0.6 g to 50 g and heroin from .04 g to 25 g; and serious offences involve: amphetamine 250 g or more, cannabis 2 kg or more, cocaine 51 g or more and heroin 25 g or more. The trafficking of drugs generally leads to imprisonment.

With respect to smuggling, the determination of the seriousness of the offence considers whether it formed part of an activity pursued on a large scale or on a commercial basis, involved particularly large quantities of drugs or was otherwise of a particularly dangerous or ruthless nature.

In 1996, of the 5,862 people sentenced for drug-related offences, 3,760 were sentenced for minor offences, 1,708 for ordinary offences and 391 for serious offences. Of the 1,274 who were sentenced to imprisonment, 54 were for minor offences, 893 for ordinary offences and 326 for serious offences.¹¹⁶

¹¹⁶ Ibid., page 206.

As in other countries, there are several alternatives to imprisonment. For example, the court can choose other sanctions including probation, conditional sentence or compulsory treatment. These sanctions appear to be used frequently in drug cases. 117

Generally a drug addict who is found guilty of any type of crime can in certain circumstances be ordered to undergo detoxification treatment. Treatment can take place in conjunction with a prison sentence or else together with probation, a conditional sentence or conditional release from prison. The consent of a convicted person to undergo treatment under certain conditions may constitute a reason for ordering probation instead of imprisonment (so-called contract treatment). In practice, probation and conditional sentencing in connection with compulsory treatment are usually used for drug offences of normal severity, that is in cases where imprisonment would otherwise be imposed. ¹¹⁸

Swedish legislation also allows for the forfeiture of any drugs used in the commission of an offence, any gains made, the property used as an aid in an offence, etc.

Prosecutorial discretion

The prosecutor has an absolute duty to prosecute, but there are a number of exceptions. In the Circular of the Prosecutor-General on Certain Questions regarding the Handling of Narcotics Cases, the Prosecutor-General stated that the dropping of prosecutions for narcotic drug offences should be limited to cases involving only possession for personal use of indivisible amounts or corresponding to at most a roll-up of cannabis resin or a dose of some stimulant of the central nervous system, with the exception of cocaine, i.e. such a small amount of a narcotic substance that it would not normally be further divided and sold. Having regard to the difficulties in individual cases of determining the magnitude of this quantity, prosecutions should go ahead in cases of doubt. If circumstances give grounds for assuming that the possession, despite the small amount, is not intended for personal use, the prosecution should not be dropped. As a consequence of these remarks, prosecutions should also not be dropped where an abuser is found in possession of narcotic drugs amounting to personal use for a certain period. In addition, it is of great importance that the dropping of prosecutions should be mainly limited to occurrences of the nature of first offences. 119

Debate in Sweden

The Swedish vision of a drug-free society is so widely accepted that it is not questioned in the political arena or the media. The drug policy has support from all political parties and, according to the opinion surveys, the restrictive approach receives broad support from the public. For example, a survey in 2001 revealed that 96% were

¹¹⁷ Ibid., page 190.

¹¹⁸ *Ibid.*, page 191.

¹¹⁹ European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction, op. cit.

opposed to legalizing any drug that is classified. In addition, another survey in 2000 revealed that 91% were against decriminalizing cannabis use. 120

The role of public opinion is central to understanding the attitude of the different political parties. Opinion polls show that a large majority of the people subscribe to a restrictive drug policy. The same polls indicate that drugs are perceived as one of society's main social problems. The moral panic surrounding drugs is such, that no political party dares to speak out against any measures that may appear to move in the direction of a more liberal drug policy. Supporting the restrictive policy, or even asking for more restrictive measures to curb increase in the drug problem are essential for a political party to win votes. Saying the contrary, to back a more liberal approach, is not an option for a political party and would almost mean its political death. It has been pointed out that anti-drug pressure groups have been the driving forces behind influencing public opinion, and through them the political parties. It has also been shown that besides the social movements, the media have also contributed to the drug scare that exists today and the defining of drugs as a major social problem. ¹²¹

Thus, the Swedish population in general has a negative view of drug use and is convinced that drugs pose a major threat to society. These themes have been advanced by government, the media and other organizations in Sweden, and others do not often criticize them. Scientists are generally the only group that raises doubts with respect to the current policy.

Recent reports

In 1998, the government created a Commission on Narcotic Drugs. Its mandate was to evaluate Sweden's drug policy and to propose, within the concept of a restrictive drug policy, measures for its strengthening and streamlining. The Commission was not to deviate from the overall aim of a drug-free society. The terms of reference were to:

- propose improvements of methods and systems to assess the drug situation and to evaluate the goal of a drug-free society;
- evaluate and propose measures to strengthen and streamline drug prevention measures;
- analyse the development of treatment programmes, including those in the prison and probation system, and propose measures to improve treatment and rehabilitation of drug abusers;
- evaluate the extent and focus of national funds for the development of treatment and of measures to prevent drug-related crime,
- analyse the need for changes in the working methods in the judicial system and in penal and criminal procedural legislation;

¹²⁰ National Institute of Public Health, *National Report: Sweden 2001*, Stockholm, December 2001, page 14.

¹²¹ Boekhout van Solinge, op. cit., page 172-173.

- review existing research, propose how research can be stimulated, strengthened and organized and identify important but neglected areas for research in the drug field;
- frame strategies for targeted information measures and for the formation of opinion.

The Commission recently published a report entitled *The Crossroads* (referring to one direction that calls for a significant increase of resources in the form of commitment, direction, competence and funding and another that implies a lowering of goals and considerable acceptance of drug abuse).

The Commission noted that the drugs issue was not a political priority in recent years. This situation has led to reduced funding for all sectors involved, while the drug problem has become more severe and widespread. The following are some of the Commission's main findings and recommendations. 122

Leadership: The Commission noted that there is a need for stronger priorization, clearer control and better follow-up of drug policy and of concrete initiatives at all levels of government.

Demand reduction. The Commission noted that there are no hard boundaries between preventive measures, care and treatment, and the restriction of supply. For preventive measures to succeed, they must be "included in a system of measures restricting availability, and there must be clear rules which include society's norms and values, as well as effective care and treatment." 123 The Commission viewed care and treatment as an essential element of drug policy measures as they help reduce drug abuse and also the harm to drug abusers. In addition, the Commission found a need for improving the competence of those in the field of care and treatment. It set out the following guiding principles regarding care and treatment:

- all drug abusers shall be reached by an offer of help and, if necessary, the abuse treated.
- advice, support and assistance shall reach people at an early stage of abuse.
- measures of care shall be aimed at achieving a life free from substance abuse and illegal drugs.
- care and other measures on behalf of substance abusers shall be of good quality.
- measures to combat substance abuse shall be sustainable and longterm.

123 Ibid.

¹²² The Swedish Commission on Narcotic Drugs, Summary of the report The Crossroads from the Swedish Commission of Narcotic Drugs, Sweden, 2000.

Supply reduction: The Commission did not find any real deficiencies in the legislation or the working methods used by drug authorities, although it was vital that these authorities be allocated more resources. Police and customs have not gained control over the illegal market. In fact, indicators show that supply is more generous, prices are lower than in the past and the variety of drugs has expanded. With respect to combating illegal drug trade, the Commission recommended that the organizational structure of the police be examined (for example, the way in which the dissolution of specialized drug squads has affected the quality of police investigations) and that any shortcomings be followed up. The Commission also recommended that special investigation methods (such as controlled deliveries) be reviewed and that the findings lead to the drafting of guidelines on the subject.

Competence development and research: Competence development and research: The Commission was of the view that it was important to improve knowledge concerning different aspects of narcotic drugs, measures used to combat drug abuse and the effect of drug policy.

Costs 124

As in other countries, systematic figures on drug-related costs are not readily available.

Public costs

Treatment for alcohol and drug abuse has been estimated to cost municipalities SKR 3.7 billion (over \$500 million Canadian) per year (55% of which is for institutional care). The police used 6% of its budget to combat drugs during 2000 (for a total of SKR 702 million—over \$100 million Canadian). The police had 869 people involved in drug issues while customs had 1,080 involved in border defence. No costs were available for customs.

Social costs

The Commission on Narcotic Drugs estimated the social costs at SKR 7.7 billion per year (does not take into account prevention, training and evaluation).

¹²⁴ The following information is based on the European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction, National Report – Sweden 2001, op. cit., page 15.

Administration 125

As discussed above, the coordinator will now be responsible for coordinating the national drug policy. In the past, this role had been played by the Ministry of Health and Social Affairs. With respect to the legal distribution of narcotic drugs and psychotropic substances, the Medical Products Agency is responsible for issuing authorizations for the import and export of drugs. This Agency also provides drug related statistics to the UNDCP.

The Swedish National Police have responsibility for drug enforcement. The Drug Offences Division of the National Police Board conducts criminal investigations in relation to organized crime, or other drug-related offences, on a national or international scale. The Swedish Customs Service is responsible for points of entry.

The National Institute of Public Health coordinates demand reduction activities. It is also the National Focal Point in the REITOX network. Operational activities are coordinated at the regional and municipal level. There is also local coordination with the participation of social services, the police, prison and probation services, medical services, schools and other concerned parties. Thus, in prevention and care and treatment, local groups and municipalities play a key role.

Because of its encompassing nature, the drug issue also involves many other ministries, for example the Ministry of Justice and the Ministry of Foreign Affairs.

Statistics

Use¹²⁶

Pursuant to surveys among youths in the 9th grade (15-year-olds) and among 18-year-old military conscripts, an obvious trend seen in the 1990s was the increase in lifetime prevalence use of drugs among teenagers, particularly older teenagers. There was also been an increase in recent use (last year, last 30 days) among teenagers and younger adults. For example, the percentage of 15 year olds who had tried drugs rose from 4% to 9% from 1992 to 2000. It is interesting to note that the number was 14% in the beginning of the 1970s and had decreased to around 8% in 1982. With respect to military conscripts, the trend was similar. According to these surveys, consumption of illegal drugs was low compared to other European countries, although the trend pointed to an increase in use. It should be noted that these numbers have been criticized. First, they are applicable to only 15-16 year old students and 18-year-old conscripts. Thus, these prevalence rates did not consider older groups where some first-time experimentation with drugs will occur. In addition, it has been argued that drug use is under-reported when drugs are viewed in such a negative light and the

126 OEDT, National Report - Sweden 2001, op. cit.

¹²⁵ The information in the following section is based on the United Nations Office for Drug Control and Crime Prevention, Country Drug Profile – Sweden, op. cit., page 12.

questionnaires are filled out at school (where some will feel they are being observed by their teachers). 127

In 2000, the running three-year average of lifetime prevalence for the 15-64 age group was 12% (with the highest at 17% for the 24-44 age group). Since 1988, last year prevalence has never been over 1%. Overall, males are twice as likely to have used drugs than females although the difference is not as high in lower age groups.

Most who have experimented with drugs have tried cannabis, and the majority of these have tried only cannabis (in Sweden, cannabis is usually taken in the form of hashish). The second most popular drug in Sweden are amphetamines. Cocaine would be the third most popular drug for older people, while for youths it would be ecstasy and LSD. During the 1990s, the availability of drugs increased, in particular amphetamine and heroin. It would appear, however, that heroin use is on the increase in Sweden.

In general, the surveys indicate that overall drug use is fairly low in Sweden. With respect to severe drug abusers (defined as intravenous or daily drug use), it would appear that Sweden has a fairly serious problem with a range of between 14,000 and 20,000 people in this class. This is close to the European Union average. 128

Offences

The number of suspected people reported increased from 6,567 in 1985 to 12,470 in 1999. The police registered 32,423 violations of the *Narcotic Drugs Criminal Act* in 2000, a figure which is similar to the numbers in the previous decade. The number of violations to the *Goods Smuggling Act* has decreased by 85% since 1980, to 350.

In 1998, 92% of these offenders were suspected for use or possession (from 76% in 1975). In addition, the number of those suspected of selling or manufacturing is now 19% (from 40% in 1975).

The number of sentences for violations of the *Narcotic Drugs Criminal Act* or the *Goods Smuggling Act* was 12,470 in 1999 (up from 2,601 in 1975). Cannabis was involved in 51% of sentences in 1998. In 1998, the sentences were divided in the following fashion: 38% were fines; 27% were prison terms; 14% were prosecution waivers; 14% were probation; and, 8%, other sanctions. Imprisonment was generally from two to six months. 129

129 National Report 2001, page 27.

¹²⁷ Boekhout van Solinge, op. cit., page 138.

¹²⁸ United Nations Office for Drug Control and Crime Prevention, op. cit., page 9.

SWITZERLAND¹³⁰

Switzerland's drug policy has attracted considerable attention in recent years. As a result of widely distributed pictures of the open drug scene in Zurich, the country's injection clinics and heroin prescriptions for drug "addicts" are now known around the world. More recently, Switzerland's Parliament introduced a bill to regulate the production and sale of cannabis, and that bill is currently under study.

Switzerland is a Confederation¹³¹ consisting of 26 cantons and half-cantons and has a population of slightly more than seven million inhabitants. The cantons are currently subdivided into 2,904 political communes. The federal Constitution, which was passed in 1848, is the legal basis of the federal state. It guarantees the fundamental rights of individuals and the people's participation in the country's political life, divides jurisdictions between the Confederation and the cantons and defines the powers of the federal authorities. Switzerland is made up of various linguistic, ethnic and denominational communities. Under Article 4 of the Constitution, German, French, Italian and Romansch are the country's four national languages. German is the language spoken by the majority of Swiss (63.7 per cent). All the cantons have their own constitution, parliament, government and courts. The cantons have certain legislative powers which have been conferred on them by the federal Constitution.

Switzerland's political structure is important to our understanding of that country's drug policy. In fact, some writers¹³² argue that there are in fact 26 drugs policies in Switzerland, one for each canton and half-canton. This diversity is often overlooked, since the media and drug literature have focused in particular on the "open drug scenes" in Zurich and on the medical prescription of heroin for severally dependent persons, a practice endorsed by the Swiss Confederation. ¹³³

A harm reduction policy

The recent history of Switzerland's drug policy began towards the end of the 1960s with the increase in psychoactive drug use. As a result, the cantons developed a first drug policy, which was based on three pillars, namely:

- the repression of drug use and trafficking;
- prevention measures aimed at young people;

¹³⁰ This section draws to a large degree on the report prepared for the Committee by the Library of Parliament: C. Collin, (2002) National Drug Policy: Switzerland. Ottawa: Library of Parliament, report prepared for the Senate Special Committee on Illegal Drugs, available online at www.parl.gc.ca/illegaldrugs.asp.

¹³¹ This term is used to designate the federal state.

Yan Boggio et al., (1997) Apprendre à gérer : La politique suisse en matière de drogue, Geneva: Georg, 1997.
 Ibid., page 38.

• treatment based on abstinence, which at the time already included methadone programs. 134

At the beginning of the 1980s, the HIV-AIDS epidemic hit many countries, including Switzerland. There were "open drug scenes" in several Swiss cities, such as Zurich, Bern, Olten and Solothurn. As a consequence, the miserable state of drug dependent persons was becoming increasingly visible contributing to growing concern over the situation. Public and social services were created to help the "addicts" and protect them against HIV and AIDS. Needle exchange programs were set up and "addicts" were encouraged to be vaccinated against hepatitis. The Swiss Federal Office of Public Health (SFOPH) supported many of these services and still does so today, arguing that they help prevent the spread of AIDS. However, the main pillars of Switzerland's official drug policy remained prevention, treatment and law enforcement.

In the 1990s, Switzerland introduced new measures to reduce the problems associated with drug use and adopted a new national drug strategy. The new strategy introduced another pillar, namely harm reduction, which led to the creation of a four-pillar approach. The role of the Confederation in the area of drug policy becomes more defined and aims to support the efforts made by cantons, cities and communes and by private organizations by providing them with reference material, scientific data and training for professionals.

On February 20, 1991, the Swiss government adopted a program of federal measures to reduce the problems related to drug use, 135 currently known as "ProMeDro," 136 and which was based on the concept of harm reduction. The objectives of the program were as follows:

- to decrease the number of new drug users and to prevent people from becoming drug dependent;
- to help users overcome their addiction (through treatment and social reintegration);
- to improve the living conditions and the health of drug users, to reduce harm and to maintain their social integration. ¹³⁷

¹³⁴ Swiss Federal Office of Public Health, *The Swiss Drug Policy*, September 2000, available online at http://www.bag.admin.ch/sucht/f/index.htm.

¹³⁵ Swiss Federal Office of Public Health, Mesures fédérales pour réduire les problèmes de la drogue, Basic document of the Federal Office of Public Health, decision of the Federal Council of February 20, 1991, Doc. no. 3.4.1f.

¹³⁶ The acronym "MaPaDro" was used to refer to the program of federal measures for the period 1990-1996. The acronym "ProMeDro" is used to refer to the program of federal measures for the period 1997-2002. To avoid confusion, "ProMeDro" is used throughout.

¹³⁷ Swiss Federal Office of Public Health, Programme de mesures de santé publique de la Confédération en vue de réduire les problèmes de drogue (ProMeDro) 1998-2002, October 1998.

To achieve these goals, the following measures were introduced:

- primary and secondary prevention measures aimed at young people and awareness campaigns to prevent them from experimenting with drugs;
- patient management and treatment to help users overcome their addiction;
- harm reduction, AIDS prevention and social reintegration measures to help addicts cope with their dependency in the best possible health conditions and to ensure that the door to a drug-free life remains open;
- ongoing training and development programs for professionals (including those working in the areas of sentencing, programs and social services, as well as hospital workers, pharmacists and family doctors) and for people acting as mediators (such as teachers, youth group facilitators, business personnel and parents);
- the development, co-ordination and regular publication of scientific research on drugs;
- the evaluation of projects and measures in the fields of prevention, patient
 management and treatment to help identify any gaps or shortcomings, but
 also to pinpoint and highlight any progress achieved;
- the development of new documentation and information services normally provided by the Swiss Confederation; and
- the co-ordination of measures adopted by the Confederation.

These measures mark the beginning of Switzerland's drug policy, based on a four-pillar approach: prevention, law enforcement, treatment and harm reduction. Between 1991 and 1999, the SFOPH initiated and/or supported approximately 300 projects and programs under the "ProMeDro" initiative at the cost of 15 million francs per year.

Among other activities, the Federal Council asked for a study on heroin-assisted treatment for severely dependent heroin addicts who had failed at other treatment programs. In 1992, the Council passed an order authorizing clinical trials with the medical prescription of heroin, along with a strict scientific evaluation of the trials. The trials began in 1994 and ended on December 31, 1996. The final evaluation report was published in July 1997 and concluded that:

- heroin-assisted treatment for severely dependent heroin addicts improved their physical and/or psychic health, as well as their quality of life (in terms of housing, work and other areas);
- participants' illegal use of heroin and cocaine decreased;
- the users involved in the program committed fewer crimes (the incidence of theft and property and drug trafficking offences fell sharply). 138

¹³⁸ M.F. Aebi, Martin Killias and Denis Ribeau, "Prescription médicale de stupéfiants et délinquance : Résultats des essais suisses", *Criminologie*, Vol. 32, no. 2, 1999, page 127-148; see also the testimony of

The Federal Council followed the report's recommendations, and on March 8, 1999, passed the *Ordinance governing the medical prescription of heroin* authorizing heroin assisted treatment, setting objectives, eligibility criteria, administrative measures and providing for such treatment.

Over the same period in 1993 and 1994, two people's initiatives were presented with opposite objectives. The first initiative called for a strict, abstinence-oriented drug policy ("Youth Without Drugs"), 139 and the second proposed the legalization of drug use ("DroLeg"). 140 The federal government and Parliament found both initiatives too extreme and recommended their rejection. On September 28, 1997, Swiss voters rejected the initiative "Youth Without Drugs" by a majority of over 70%. On November 29, 1998, Swiss voters rejected the "DroLeg" initiative with a majority of over 74%. By rejecting both initiatives, the Swiss population showed its massive support for the Confederation's more measured approach to drug policy.

Between the time that these popular initiatives were launched and subsequently voted down, some major events influenced the evolution of Swiss drug policy. In 1994, the violence occurring on the "open drug scenes," from Letten to Zurich, made headlines in the international media. Certain government parties (Socialist, Christian Democrat and Radical) clamoured for decriminalization of drug use, increased access to heroin-assisted treatment, stronger prevention measures and stiffer sentences for drug traffickers. ¹⁴¹ The open drug scene in Zurich was shut down in 1995, ¹⁴² resulting in new co-operation between the Federal Council, canton representatives and the city of Zurich. A joint task force, called the Drug Delegation, was established. This unusual co-operation made it possible to implement measures that would never have got off the ground under more traditional circumstances: the creation of prison spaces in Zurich for drug traffickers, the adoption of emergency federal measures allowing for more drug addicts to participate in heroin-assisted treatment and the creation of centres for the treatment of hard core users. ¹⁴³ Today the "open drug scenes" are a thing of the past.

Finally, in October 1998, the program of federal measures to reduce the problems related to drug use (ProMeDro) was renewed for a four-year period. The Confederation set a budget of 18 million francs per year to run this program and staffed it with 15

Professor Ambros Uchtenhagen, Senate Special Committee on Illegal Drugs, Senate of Canada, first session of the thirty-seventh Parliament, February 4, 2002, Issue 13.

¹³⁹ For more information on this initiative, see the Youth Without Drugs Web site at http://www.jod.ch/f fr index.htm.

For more information on this initiative, see the DroLeg Web site at www.droleg.ch.

¹⁴¹ Swiss Federal Office of Public Health (2000), op. cit., page 10.

¹⁴² See the testimony of the Chief of the Zurich Criminal Police, Senate Special Committee on Illegal Drugs, Senate of Canada, first session of the thirty-seventh Parliament, February 4, 2002, Issue 13.

¹⁴³ Boggio et al., 1997, op. cit., page 75-80.

positions from the Federal Office of Public Health. 144 The main priorities for ProMeDro from 1998 to 2002 are as follows:

- to strengthen the Confederation's commitment to primary and secondary prevention and early intervention to prevent addiction;
- to consolidate the range of treatments in a co-ordinated system, thereby increasing the likelihood that addiction can be overcome;
- to consolidate harm reduction and social integration measures;
- to establish and operate effectively a national epidemiological monitoring centre based on the focal points REITOX model of the European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction;¹⁴⁵
- to forward, in an effective manner, the findings of epidemiological studies, scientific research and evaluations to experts and decision makers;
- to implement a process to foster quality management throughout the entire ProMeDro program, tailored to the needs of the different fields, useful to and used by more than half of the addiction agencies and decision makers concerned (Confederation, cantons, communes, private institutions);
- to ensure optimum co-ordination and organization for various commissions and forums, mainly for the Conference of Canton Delegates on Drug Addiction Problems and the National Drug Liaison Committee. 146, 147

The Confederation has thus set itself up as a political hub for drug policy and national co-operation

First pillar: prevention

Prevention measures are aimed primarily at achieving three objectives:

- to prevent drug use among individuals, especially children and youth;
- to prevent the problems and harmful effects related to drug use from spilling over onto the individual and society;

Federal Office of Public Health (1998), op. cit., page 5.

¹⁴⁵ The EMCDDA coordinates a network of 15 information centres, or national focal points, located in each of the member states. For more information, visit the EMCDDA Web site at http://www.emcdda.org/mlp/ms_fr-4.shtml.

The Conference of Canton Delegates usually meets four times a year. It coordinates drug addiction measures, establishes an annual program and priority catalogue, ensures the exchange of information, debates and adopts positions and responds to consultations, defines and discusses related issues and provides development sessions. See http://www.infoset.ch/inst/kkbs/f-statuten.html (in French). The National Committee consists of representatives from the cities, cantons and the Confederation. Its role is to provide follow-up on implemented measures and ensure that those measures are harmonized.

• to prevent individuals from going from casual drug use to harmful use and addiction, with all of its known consequences.

It should be pointed out that the most notable change in prevention has been a transition from the concept that prevention was a matter of preventing someone from ever trying drugs to today's concept of preventing the health and social problems related to drug use, thereby integrating the person's social network and environment as well.

Second pillar: treatment

In Switzerland, there are many types of in-patient and out-patient treatment available to people suffering from drug addiction. The objectives sought through treatment include:

- breaking drug "addicts" of their habit;
- social reintegration;
- better physical and mental health. 148

As mentioned earlier, heroin assisted treatment has been a recognized type of therapy in Switzerland since 1999. By the end of 1999, there were already 1,650 treatment spaces reserved for hard-core heroin dependent persons in 16 treatment centres. In addition, during the same period, approximately 50% of opiate addicts (estimated to be 30,000) were being treated with medically prescribed methadone, compared to 728 individuals who were receiving this type of therapy in 1979. Those individuals addicted to one or more drugs also have access to in-patient treatment based on abstinence, to a limited number of spaces in transition centres, specialized withdrawal units or clinics, and treatment institutions, as well as out-patient consultation centres. ¹⁴⁹ In March 1999, there were 100 institutions providing in-patient withdrawal and rehabilitation treatment in Switzerland, for a total of 1,750 spaces. ¹⁵⁰

Third pillar: harm reduction

The first so-called "low threshold" coping skills institutions made their appearance in Switzerland in the mid 80s. Their purpose was to reduce the health and social risks and consequences of addiction. First and foremost, these institutions gave drug dependent persons a roof over their heads and were often equipped with cafeterias, showers and laundry facilities. They provided addicts with someone who would listen and talk to them. These facilities have evolved over the past ten years and now incorporate medical support for harm reduction (for example, prevention of AIDS and other infections, needle exchange, out-patient medical care, etc.) and social support

¹⁴⁸ *Ibid.*, page16.

¹⁴⁹ *Ibid.*, page 16-17.

Federal Office of Public Health, The Swiss drug policy: A fourfold approach with special consideration of the medical prescription of narcotics, 1999, page 7.

(street work, soup kitchens, emergency shelters, low threshold centres, etc.). The Swiss Federal Office of Public Health supports many harm reduction projects as part of ProMeDro. Such projects include:

- needle exchanges for drug addicts and inmates;
- injection sites (a statutory notice makes such sites legal);
- offers of employment and housing;
- support for women who prostitute themselves to buy drugs;
- consultation services for the children of drug-addicted parents. 151

Furthermore, the cantons, communes and private institutions also provide such programs. In 1995, the SFOPH established a central service to support certain social assistance agencies, particularly those with low thresholds, and to advise the cantons, communes and private institutions on planning and funding harm reduction programs. Drug "addicts" have access to such programs without having to meet any particular prerequisites. The objective of these harm reduction services is to limit as much as possible the negative consequences of addiction so that the "addict" is able to resume a normal existence. In addition, these measures are aimed at safeguarding and even increasing the addict's chances of breaking the drug habit. 152

Fourth pillar: enforcement

The primary goal of enforcement is to reduce supply and to fight the trafficking of narcotics, the illegal financial transactions related to such trafficking (for example, money laundering) and organized crime. Users are not the number one target of police operations in Switzerland. Enforcement of the federal *Narcotics Act* is, to a large extent, the responsibility of the cantons, although the Confederation does monitor the situation closely and can call for and carry out police investigations into drug trafficking. It should be noted that canton and commune laws on policing differ and sometimes result in varying interventions. Furthermore, the drug milieu changes quickly and the methods used to fight drug-related problems are improving and adapting to this milieu. 153 These methods include:

- focussing enforcement activities on the manufacturing of drugs, trafficking and money laundering;
- assigning more officers to the "drug police" and making greater use of specialists from other sectors (finance professionals);
- intercantonal and international cooperation (agreements with police forces from neighbouring countries);

¹⁵¹ Boggio et al., 1997, op. cit., page 19.

¹⁵² *Ibid.*, page 18-19.

¹⁵³ *Ibid.*, page 20-21.

- accelerating and improving the processing of information (networking systems and access to the police department networks from many European countries);
- improving cooperation between the police and the private sector (banks, chemical industries, etc.);
- improving police effectiveness and making greater use of front-line liaison workers;
- strengthening the legal structure (for example, policing legislation, witness protection). 154

The legal framework

Narcotics legislation in Switzerland has, as is the case in many other countries, been closely tied to the evolution of international conventions. For instance, the 1924 Narcotics Act was implemented to enable Switzerland to fulfil the commitments it had made by signing the International Opium Convention of 1912. This law prohibited certain narcotics such as opium, coca leaves, morphine, heroin, cocaine and their derivatives. As a result of Switzerland's signing other conventions and of experience gained from enforcing the 1924 Act, the federal Narcotics Act was totally revamped and a new law adopted on October 3, 1951. This legislation prohibited the growing, manufacture, sale, distribution and possession of opiates, coca derivatives and cannabis. The purpose of the Act was, on the one hand, to regulate the use of narcotics for medical purposes and, on the other hand, to fight against both the abuse and illicit trafficking of narcotics. The Act was amended slightly in 1970 when Switzerland signed the Single Convention on Narcotic Drugs of 1961.

Indeed, up until the 1960s, the Act was primarily a response to Switzerland's commitments under international conventions because narcotic use was relatively marginal and there was not any real narcotics abuse problem per se to warrant specialized legislation. Moreover, the Federal Council had recognized as early as 1951 that drug addiction was a serious pathology that should not be prosecuted as a crime or an offence. When drug-related problems emerged in the early 1970s, the Act was revised in 1975 to provide for medico-social and assistance measures for drug addicts, differentiated punishment for drug use and tougher criminal provisions for illegal drug trafficking. 155

Following Switzerland's accession to the 1971 UN Convention on Psychotropic Substances, the 1972 amendment to the Single Convention and the adoption of the 1988 Convention against Illicit Traffic in Narcotic Drugs and Psychotropic Substances (Switzerland has not yet ratified this convention), the *Narcotics Act* was revised in 1996 to provide for the control of narcotic raw materials. Since then, dependence-producing

¹⁵⁴ *Ibid.*, page 21.

¹⁵⁵ Swiss Federal Council, Message concernant la révision de la loi sur les stupéfiants, March 9, 2001.

substances and preparations with morphine-, cocaine- or cannabis-like effects have been considered narcotics under this legislation (*Narcotics Act*, s. 1).¹⁵⁶ The list of substances is currently compiled by the Swiss Agency for Therapeutic Products.¹⁵⁷

With respect to the production, distribution, acquisition and use of narcotics, the current legislation provides that narcotics and psychotropic substances cannot be cultivated, manufactured, prepared or sold without cantonal authorization, in accordance with conditions set by the Federal Council (Narcotics Act, s. 4). In addition, a special permit from the Federal Office of Public Health is required for the importation or exportation of controlled narcotics (Narcotics Act, s. 5). Furthermore, under section 8 of the Narcotics Act, the following narcotics cannot be cultivated, imported, manufactured or sold: smoking opium, heroin, hallucinogens (such as LSD) and hemp for the extraction of narcotics or hash. Section 8 also sets out the conditions governing the treatment of addicts with medical prescription of certain narcotics.

The current legislation also contains criminal provisions that apply to: anyone who unlawfully cultivates, manufactures, extracts, processes or prepares narcotics; anyone who, unless authorized, stores, ships, transports, imports, exports, provides, distributes, sells, etc., or buys, holds, possesses or otherwise acquires narcotics; and anyone who finances illicit traffic in narcotics, acts as an intermediary or encourages consumption (Narcotics Act, s. 19). Section 19 offenders are liable to imprisonment or a fine depending on the seriousness, according to the Narcotics Act, of the act committed. The intentional consumption of narcotics or the commission of a section 19 offence for personal use is punishable by detention or a fine (Narcotics Act, s. 19a). For petty offences, the appropriate authority may stay the proceedings or waive punishment and may issue a reprimand (Narcotics Act, s. 19a(2)). However, preparing narcotics for personal use or for shared use with others at no charge is not punishable where the quantities involved are minimal (Narcotics Act, s. 19b). Finally, anyone who persuades or attempts to persuade someone to use narcotics is also punishable by detention or a fine (Narcotics Act, s. 19c).

A bill to decriminalize cannabis 158

The Swiss Federal Council recently submitted a major bill to Parliament, the cantons and the public for a fundamental revision of the *Narcotics Act.* That bill, which is set to go through the various stages of canton and national consultation, is based on the observation, similar to our own findings, that:

¹⁵⁶ Loi fédérale sur les stupéfiants et les substances psychotropes, October 3, 1951 (as of November 27, 2001) available on line at http://www.admin.ch/ch/f/rs/812 121/index.html#fn1.

¹⁵⁷ New name of the therapeutic products agency, in effect since January 1, 2002.

¹⁵⁸ See testimony of Ms. Diane Steber Büchli, Swiss Federal Office of Public Health, before the Senate Special Committee on Illegal Drugs, Senate of Canada, first session of the thirty-seventh Parliament, February 4, 2002, Issue 13.

(...) with regard to cannabis, the gap is too great between the actual situation, the statutory provisions and their implementation. As the Federal Commission on Drug Issues states in its report on cannabis, the prohibitionist system does not prevent cannabis use and cannabis users no longer tend to consider themselves drug users. The risks that cannabis represents for public health must be assessed differently from the way the legislator did it in 1975.

At the time, cannabis was considered a gateway drug. It was felt that the pharmacological properties of cannabis led young cannabis users to opiate or amphetamine use. That view was refuted with the 1989 report of the Sub-commission of the Federal Commission on Narcotics.

The most recent research supports current findings that the effects of cannabis are less hazardous to health than the effects of alcoholism or tobacco abuse. (...)
(...)

The number of users of cannabis derivatives has increased. In 1992, according to the Swiss Health Survey of the Federal Statistics Office, 16.3 per cent of young Swiss citizens aged 15 to 35 said they had previously used hash at least once in their lives. In 1997, 26.7 per cent gave the same answer. All OECD countries have observed the same trend. In the United States, for example, the life prevalence of cannabis use in individuals 18 years of age increased from 32.6 per cent in 1992 to 49.6 per cent in 1997. 150

The cannabis revision bill is also based on the observation, in which we wholeheartedly concur, that "the available scientific literature establishes no relationship between severity of legislation and life prevalence of cannabis use." ¹⁶⁰ It further emphasizes that:

The weaknesses of the present act are apparent when it comes to fighting the cultivation of hemp used to produce narcotics and the production and sale of cannabis-based products. Enforcing the act in this area is a highly heterogeneous and costly enterprise; the result is a large market that is very difficult to control and has expanded beyond our borders. Moreover, the need to revise statutory provisions in this area is virtually undisputed. ¹⁶¹

The purpose of the revision of the act is thus, in particular, to:

- adapt the Act to the actual situation;
- decriminalize cannabis use and acts leading thereto;
- reinforce youth protection;
- regulate the cultivation, manufacture and trafficking of cannabis;
- restrict the obligation to prosecute;
- reinforce repression in certain areas in a targeted manner. 162

More specifically, the bill would provide (art. 19c) for the decriminalization of the use of cannabis-related products. In addition, preparatory acts to personal use of cannabis-related products would be decriminalized if committed without affording a

¹⁵⁹ Swiss Federal Council, Message concernant la révision de la loi sur les stupéfiants, 2001, page 3554-3555.

¹⁶⁰ Ibid., page 3560. We further discuss this issue in Chapter 21.

¹⁶¹ Ibid., page 3540.

¹⁶² Ibid., page 3556.

third party the opportunity to use drugs. While the bill does not set out specific limits on quantity—as it would be left to the courts to determine whether it was related to personal consumption - the government publication explaining the bill mentions that as a principle, it does related to personal consumption if the quantity does not exceed what is needed for weekly use. In general, this would mean quantities of 30 grams for possession and 10 average-size plants for cultivation. The publication states that these quantities would vary depending on the person, the way it is consumed, etc. 163

Article 19d would confer on the Federal Council the power – and not the obligation – to determine priorities in criminal prosecutions. Under this power, the Federal Council could, after consultations with the cantons, set out the conditions under which the prosecution and criminalization of certain offences would be waived, if they are conducted under the legal framework discussed in the next paragraph. ¹⁶⁴

If the Federal Council uses its power under article 19d, article 19f sets out conditions under which the cultivation, production and distribution of cannabis and its derivatives would be allowed. Distribution would not be prosecuted under certain conditions: selling to persons under 18 years of age would not be permitted; the product must not represent a significant risk to health; public order must not be disturbed, advertising would be prohibited, etc. Producers must also submit to a set of strict rules: they may produce solely for point of sale located in Switzerland, notify authorities regarding all crops (species, cultivation area, location, etc.), and specify THC levels. The Federal Council can establish a series of rules such as size and lay out of cultivation areas, the number of distribution centres, etc. In addition, cantons would be able to set out more restrictive rules, particularly with respect to cultivated areas and distribution centres. ¹⁶⁵

The Council did request legal opinions on whether its proposals satisfied the three international conventions. ¹⁶⁶ The two opinions concurred that the decriminilization of personal use and related acts would not contravene international conventions. In addition, the waiver of prosecution (or limitation of criminal prosecution) for cultivation, production and distribution would also be consistent with the three conventions. The Federal Council concludes in its *Message* that:

In their essential points, the two legal opinions come to the same conclusions. The only difference is in the matter of whether, in cases where a waiver of criminal prosecution in matters pertaining to the cultivation of cannabis and the manufacture and distribution of cannabis products would be introduced, the provisions are sufficient or whether they should be supplemented by a licensing system.

¹⁶³ Ibid., pp. 3596-3597.

¹⁶⁴ Ibid., p. 3598.

¹⁶⁵ *Ibid.*, p. 3600.

¹⁶⁶ The findings of one of the experts consulted are presented in Chapter 19 above.

It should be noted on this point that the Netherlands also has a partial limitation on the obligation to prosecute in the areas referred to and that it has not introduced a licensing system. Nevertheless, the principle of the Dutch system has never been disputed as being inconsistent with the UN conventions. 167

Administration of Swiss drug policy

The Confederation is the hub of Swiss drug policy and co-ordination and harmonization of the various policies and measures put in place by cantons, cities, local authorities and private institutions. Under section 15c of the *Narcotics Act*, the Confederation is responsible for the following tasks [translation]:

- Through grants or other measures, the Confederation shall encourage scientific research on the effects of narcotics, the causes and consequences of narcotics abuse and ways to combat that abuse.
- The Federal Council shall establish the procedures for awarding and calculating grants and shall determine grant amounts.
- The Confederation shall assist cantons and private organizations in the administration of the *Act*. The Confederation shall, *inter alia*, set up a documentation, information and co-ordination office and encourage the training of staff specialized in the treatment of addicts? The Federal Council shall establish the relevant procedures.

Under section 15a of the *Narcotics Act*, the cantons are responsible for the following tasks [translation]:

- To prevent narcotics abuse, the cantons shall promote information and consultation and set up the institutions needed to do so.
- The cantons shall provide for the protection of those in need of medical treatment or other assistance on account of narcotics abuse and shall assist their return to work and society.
- The appropriate authorities may delegate certain tasks and responsibilities to private organizations.
- The cantons may prohibit the acquisition of narcotics. They shall give
 notice of their decisions to the Federal Office of Public Health, which
 shall relay those decisions to health officials in the other cantons for the
 information of physicians and pharmacists.
- Prescribing, dispensing and administering narcotics for the treatment of addicts shall be subject to special cantonal authorization.

¹⁶⁷ Federal Council, *ibid.*, page 3621.

 Where, owing to addiction, a person might constitute a danger to traffic circulation, the service with knowledge of that danger shall advise the appropriate authority.

In principle, the administration of the *Narcotics Act* falls under cantonal jurisdiction, as the cantons have authority for criminal procedure. There are usually a number of stages in cantonal criminal proceedings: police investigation, preliminary hearing, dismissal or referral to court and court decision. In minor cases punishable by fine or detention—and this is the case for a number of offences under the *Narcotics Act*—a penalty can be imposed by an administrative authority (for example, a prefect). The subject, however, is entitled to object and be tried by a court, usually a police court composed of a single, legally trained judge. Cases of moderate seriousness are usually tried by a district court (correctional court) over which a legally trained judge presides, assisted by lay judges. Finally, the most serious offences are heard by assize courts made up of at least one legally trained presiding judge and a jury of citizens. However, because this type of procedure is lengthy, elaborate and costly, most cantons tend to replace assize courts with either district courts or a higher court made up of permanent judges (criminal court). ¹⁶⁸

The Confederation also plays a role in combating drug trafficking; under section 29 of the Narcotics Act, the Federal Office of Police (FOP) is the central Swiss agency responsible for controlling illicit traffic in narcotics. The FOP gathers information for the prevention of offences under the Act and to facilitate the prosecution of offenders. In order to do so, the Office maintains contact with other federal government agencies involved (Office of Public Health, Customs Administration, the Swiss Post Office administration, cantonal police authorities, central agencies in other countries and the International Criminal Police Organization (Interpol)). To its cantonal and international partners, the FOP is a focal point for information, co-ordination and analysis in the area of Swiss internal security. 169 Since 1996, after a trial period, the Office has operated a drug database called DOSIS. This database is an invaluable tool for the cantons. Cantonal narcotics squads are connected to the system and have direct access to DOSIS because they are required, as is the FOP, to enter information into the database. This system thus promotes co-operation between the FOP and cantonal police authorities. Only information on the illicit narcotics trade is entered into the system; information on those who only use drugs is excluded. 170

Federal Court, L'organisation judiciaire en Suisse, available online in French at:
 http://www.bger.ch/index.cfm?language=french&area=Federal&theme=system&page=content&maskid=195
 Federal Office of Police, Un aperçu de l'OFP, available online in French at http://www.bap.admin.ch/f/index.htm.

¹⁷⁰ Federal Office of Police, Exploitation définitive de la banque de données en matière de drogue DOSIS, June 26, 1996, available online in French at http://www.bap.admin.ch/f/index.htm.

Statistics on narcotics use and offences under the Narcotics Act

This section summarizes parts of a Federal Office of Police publication entitled *Situation Suisse*: *Rapport de Situation 2000* [2000 Situation Report on Switzerland],¹⁷¹ prepared by the Analysis and Prevention Service as an interim document, given that a comprehensive report is to be published in 2002. It should be noted that the statistics in the report are distorted by methodological deficiencies. Switzerland is a federal state with 26 cantonal entities (cantons and half-cantons) and offences are not recorded based on the same criteria in every canton. Furthermore, the statistics do not make it possible to control double or multiple entries; some suspects may appear repeatedly in the same year or in different cantons. Finally, only some of the criminal acts under the criminal code are taken into account.¹⁷²

Use

The report found the following trends in 2000:

- a sharp rise in marijuana use;
- a sharp rise in cocaine use;
- a sharp rise in multiple addictions (use of various kinds of narcotics);
- a sharp rise in synthetic drug use (amphetamines and methamphetamines)
 Thai pills ¹⁷³ have become the "in" drug;
- a downward trend in injection heroin use;
- virtually no open drug scenes in Swiss cities;
- 205 deaths due to drugs and recorded by the police (as compared to 405 in 1991) those over 27 were the most affected age group, for men and for women, and Zurich and Bern were the most affected cantons, with 50 and 36 deaths due to drugs, respectively;
- 18- to 24-year-olds remain the most frequent users of marijuana, hash and hallucinogens, while those over 30 are the most frequent users of cocaine and heroin. 174

¹⁷¹ Federal Office of Police, *Situation Suisse*: Rapport de situation 2000, Analysis and Prevention Service, 2001, available online in French at http://www.bap.admin.ch/f/index.htm.

¹⁷² *Ibid.*, page 7.

heir structure closely resembles that of ecstasy. They come from Thailand, where they go by the name of "Yaba" (drug that makes you go crazy). The tablets bear the letters "WY" and smell like vanilla. The substance is usually smoked, using a sheet of aluminium, or absorbed. The risk of addiction among people absorbing the product by smoking it is at least three times greater than among ecstasy users. This drug is a powerful stimulant with effects comparable to those of crack, but longer lasting. These pills may result in irreparable physical and mental damage (loss of memory, depression). They may also cause paranoid hallucinations and violent fits and create psychological dependence faster than ecstasy.

174 Federal Office of Public Health, 2000, op. cit., page 17-37.

Offences

Federal *Narcotics Act* drug-related offences reported cases rose from 44,307 in 1999 to 46,558 in 2000. This represents a significant increase over the 18,800 reported cases in 1990. A comparison of the number of reported cases per offence type in 1997 and 2000 reveals a downward trend in drug trafficking, smuggling, dual offences and an overall increase – with the exception of 1999¹⁷⁵ – in drug use cases.

The number of reported cases of drug dealing in 2000 fell to 3,021 from 3,711 in 1999. This represented a drop of 18.5%. However, some cantons posted a major hike in reported cases. A case in point was the city of Basel, which recorded an increase of 31%. The report urges caution in interpreting these figures, suggesting that the major drop in the number of reported cases is not in fact due to an improved situation in these specific cantons, but rather to a decrease in the number of cases reported by the police as investigation capacity and officers are deployed in other areas. It should be noted that of a total of 3,021 drug trafficking cases, 78% involved foreigners and 22% Swiss citizens. With respect to the sex of offenders, 82% were men and 7% were women. The sex of the remaining 11% was unknown. The largest percentage (45%) of male offenders were aged between 18 and 24, whereas the majority of female offenders were over 30 (56%), followed by the 18-to-24 age group (27%). 176

¹⁷⁵ *Ibid.*, page 18-19.

¹⁷⁶ *Ibid.*, page 20-23.

AUSTRALIA¹⁷⁷

Cannabis was generally little known or used in Australia before the 1960s. However, the drug legislation that was passed in the majority of states and territories in the late 1800s and early 1900s (mainly because of the large number of Chinese who smoked opium) provided a framework that lent itself well to the prohibition of cannabis. The first Australian measures designed to control cannabis use were part of an act passed in 1928 in the state of Victoria to penalize the unauthorized use of Indian hemp and Indian hemp resin. Similar acts were subsequently passed in the other states of the Commonwealth. Penalties for the cultivation, possession and use of cannabis were generally quite harsh in the 1960s and 1970s. 178

The incentive to revise the laws on cannabis use in South Australia came from the recommendations made in 1979 in the Report of the South Australian Royal Commission into the Non-Medical Use of Drugs. 179 One of those recommendations was that small-scale cannabis use not be considered a criminal offence. In support of that recommendation, the Royal Commission cited a number of overseas states, including 10 American states, where such a measure had yielded good results.

National drug strategy 180

The National Campaign Against Drug Abuse (1985-1992)

The inception of the National Campaign Against Drug Abuse (NCADA) in 1985 was a watershed in Australian drug policy and introduced a focus on public health and harm minimization. The NCADA emphasized that drug use should be treated primarily as a health issue. The decision was made deliberately to situate the program within the Federal Department of Health rather than the Federal Attorney General's Department, due at least in part to the emergence of HIV/AIDS. But the program from the start involved a strong partnership between the Commonwealth (or federal government), States and Territories. It also intended to foster a partnership between health and law enforcement in a comprehensive strategy involving an integrated approach to licit as well as illicit drugs.

¹⁷⁷ This section draws to a large degree on the report prepared for the Committee by the Library of Parliament: R. MacKay, (2001) *National Drug Policy: Australia*. Ottawa: Library of Parliament, report prepared for the Senate Special Committee on Illegal Drugs, available online at www.parl.gc.ca/illegaldrugs.asp.

¹⁷⁸ For a history of the laws relating to cannabis in Australia, see: McDonald *et al.*, Legislative Options for Cannabis Use in Australia, Commonwealth of Australia, 1994, available online at: http://www.druglibrary.org/schaffer/Library/studies/aus/cannabis.htm.

¹⁷⁹ South Australian Government, Royal Commission of Inquiry into the Non-Medical Use of Drugs South Australia 1979, *Final Report* (Chairperson: Sackville).

¹⁸⁰ For an outline of the National Drug Strategy from 1985 to the present, see: http://www.aic.gov.au/research/drugs/strategy/index.html

The philosophy of harm minimization includes the strategies of supply, demand and harm reduction. The mission of Australia's drug strategy is to improve health, social and economic outcomes by preventing the uptake of harmful drug use and reducing the harmful effects of licit and illicit drugs.

The National Drug Strategy (1993-1997)

A further principle underlying the new drug strategy was that reliable data, new approaches and evaluation of effort were required. As part of this new effort, the Ministerial Council on Drug Strategy (MCDS) commissioned two independent evaluations of the NCADA to assess progress and make appropriate recommendations. After these two evaluations, one released in 1988 and the other, *No Quick Fix*, in 1992, the campaign was relaunched as the National Drug Strategy (NDS). Incorporating the recommendations from the two evaluations, the National Drug Strategy continued to stress the importance of harm minimization principles. Some of the goals of the Strategy were to:

- Minimize the level of illness, disease, injury and premature death associated with the use of alcohol, tobacco, pharmaceutical and illicit drugs;
- Minimize the level and impact of criminal drug offences and other drugrelated crime, violence and antisocial behaviour within the community;
- Minimize the level of personal and social disruption, loss of quality of life, loss of productivity and other economic costs associated with the inappropriate use of alcohol and other drugs; and
- Prevent the spread of hepatitis, HIV/AIDS and other infectious diseases associated with the unsafe injection of illicit drugs.

The strategic plan identified six specific concepts which were to underpin the development and implementation of drug policy: harm minimization; social justice; maintenance of controls over the supply of drugs; an intersectoral approach; international cooperation; and evaluation and accountability.

Overall responsibility for the broad policy direction and operation of the NDS rests with the MCDS, which comprises both health and law enforcement ministers from each State and Territory as well as from the Commonwealth government. The council meets annually. The National Drug Strategy Committee (NDSC) provides administrative support for the MCDS. It is mandated to develop proposals for the NDS, implement the NDS, develop policy proposals relating to licit and illicit drugs and liaise with other governmental agencies on matters relating to the NDS. It consists of one health and one law enforcement representative from each jurisdiction. The MCDS and NDSC develop national policies and directions which individual jurisdictions then implement as appropriate within their social, political and economic environments.

Report on the National Drug Strategy (1997)¹⁸¹

In 1997 a report evaluating the National Drug Strategy (1993-1997) was produced. This report, entitled *The National Drug Strategy: Mapping the Future*, lauded the NDS for a unique combination of features which had brought it international attention and acclaim:

- The NDS recognizes the complexity of drug issues and the need to provide front-line health professionals and others dealing with drug problems with a wide range of options based on the concept of harm minimization. These range from abstinence-oriented interventions to programs aimed at ameliorating the consequences of drug use among those who cannot be reasonably expected to stop using drugs at the present time;
- The NDS adopts a comprehensive approach to drugs, which encompasses the misuse of licit as well as illicit drugs. Policies and programs to address the problems of illicit drugs, alcohol, tobacco and pharmaceuticals all fall under the aegis of the NDS;
- The NDS approach to drugs stresses the promotion of partnershipsbetween health, law enforcement, education, non-overnmental organizations, and private industry; and
- The NDS attempts to address drug issues in a balanced fashion. This refers to the appropriate balance of effort between the Commonwealth, States and Territories, a balance between supply and demand reduction strategies, and a balance between treatment, prevention, research and education.

Contrary to the fears of many that harm minimization policies might lead to increased public acceptance and use of illicit drugs, the evaluation found that there was no discernible trend in the use of drugs such as heroin, amphetamines and cocaine, although there was some increase in marijuana use. The NDS was also found to have contributed to the success of the National HIV/AIDS Strategy in reducing the spread of HIV, Hepatitis C and other infectious diseases among intravenous drug users.

The National Drug Strategic Framework (1998/1999-2002/2003)¹⁸²

The National Drug Strategic Framework maintains the policy principles of the previous phases of the National Drug Strategy and adopts the recommendations of the

¹⁸¹ See Eric Single and Timothy Rohl, *The National Drug Strategy: Mapping the Future*, A Report commissioned by the Ministerial Council on Drug Strategy, Canberra, April 1997. Available online at: http://www.health.gov.au/pubhlth/publicat/document/mapping.pdf.

¹⁸² Ministerial Council on Drug Strategy, National Drug Strategic Framework 1998-99 to 2002-03: Building Partnerships, Prepared for the Ministerial Council by a joint steering committee of the Intergovernmental Committee on Drugs and the Australian National Council on Drugs, Canberra, November 1998. Available online at: http://www.health.gov.au/pubhlth/nds/resources/publist.htm.

report from the previous phase. Its focus remains on harm minimization and continues to seek a balance between supply-reduction, demand-reduction and harm-reduction strategies, emphasizing the need for integration of the various strategies. It also continues the emphasis on evidence-based practice, based on rigorous research and evaluation, including assessment of the cost-effectiveness of interventions.

This next phase of the NDS places emphasis on extending the partnership between health and law-enforcement agencies to take in a broader range of partners, as recommended in the evaluation report. Thus the Intergovernmental Committee on Drugs, which consists of health and law enforcement officers from each Australian jurisdiction, is expanding to include officers from the portfolios of customs and education. The MCDS will now be supported by the Australian National Council on Drugs, consisting of people with relevant expertise from the government, non-government and community-based sectors to provide policy advice. These bodies will develop a series of National Drug Action Plans which will specify priorities for reducing the harm arising from the use of licit and illicit drugs, strategies for taking action on these priorities, and performance indicators.

The National Illicit Drug Strategy (1998 -) 183

In 1997, the Australian government launched the National Illicit Drug Strategy "Tough on Drugs" as the next major phase of the National Drug Strategy. Its implementation began in 1998. The Strategy encompasses a range of supply reduction and demand reduction measures at a total cost of AUD \$516 million. Funding for the Strategy is split between demand-reduction strategies, which are being implemented by the Department of Health and Aged Care and the Department of Education, Training and Youth Affairs, and supply-reduction strategies, which are being implemented by the Attorney-General's Department, the Australian Federal Police and the Australian Customs Service. AUD\$213 million has been allocated for a range of supply reduction measures to intercept more illicit drugs at borders and within Australia. Law enforcement efforts include funding for 10 new Federal Police anti-drug mobile strike teams to help dismantle drug syndicates within Australia as well as increased funding for the Australian Customs Service to enhance its capacity to intercept drug shipments.

The remaining AUD\$303 million has been allocated for demand reduction initiatives which cover five priority areas:

- Treatment of users of illicit drugs, including identification of best practice,
- Prevention of illicit drug use,
- Training and skills development for front line workers who come into contact with drug users,
- Monitoring and evaluation, including data collection,
- Research.

¹⁸³ For further details on the National Illicit Drug Strategy, see the Australian Department of Health and Aged Care Web site: http://www.health.gov.au/pubhlth/strateg/drugs/illicit

In conjunction with the new strategy, the Intergovernmental Committee on Drugs has been established to provide policy advice for government ministers on a full range of drug-related matters.

In June 1999, Commonwealth, State and Territory health and law enforcement Ministers agreed on a national approach to the development of a drug diversion initiative. This was designed to support the diversion of illicit drug users from the criminal justice system into education and treatment. Diversion involves a graduated series of interventions appropriate to the seriousness of the offence and the circumstances of the offender. Diversion is not considered appropriate for trafficking offences. Drug-involved offenders can be cautioned on the streets and provided with treatment referral information if their offence is possession of a small quantity of drugs. They can be sent for assessment or directly to treatment rather than prison, as long as the offence is not serious and they do not pose a threat to society. Courts and correctional systems can also use commitment or referral to community-based treatment as an adjunct to probation or parole from prison. There is also treatment within correctional facilities and corrections-operated or funded therapeutic communities and halfway houses.¹⁸⁴

Assessment of the National Drug Strategy (2001)¹⁸⁵

Based on the concept of harm minimization rather than the need to eliminate drug use, the NDS recognizes the complexity of drug issues and the need to provide front-line health professionals and others dealing with drug problems with a wide range of options. These options range from abstinence-oriented interventions to programs aimed at ameliorating the consequences of drug use among those who cannot reasonably be expected to stop using drugs immediately. The goals, strategies, guiding principles and performance indicators for the NDS are established by a National Drug Strategy Committee. This committee consists of high-level civil servants from health and law enforcement ministries of each state and territory as well as their counterparts from the federal government. This shared decision-making has been seen as a strength of the NDS since it enhances government co-operation and ensures a high level of visibility for the drug strategy.

Professor Eric Single noted that the Australian government had followed up on a number of the recommendations he had made to improve the NDS. For example, the NDS was renewed for five years, funding was increased, a specialized NDS unit was

¹⁸⁴ For further information, see: Ministerial Council on Drug Strategy, National Action Plan on Illicit Drugs, 2001 to 2002-03, Prepared by the National Expert Advisory Committee on Illegal Drugs, Canberra, July 2001. Available online at:

http://www.health.gov.au/pubhlth/nds/resources/publist.htm.

¹⁸⁵ See testimony of Professor Eric Single before the Senate Special Committee on Illegal Drugs, Senate of Canada, first session of the thirty-seventh Parliament, May 2001. Available online at: www.parl.gc.ca/drogues-illicites.asp.

created within the Commonwealth Ministry of Health, and action plans were developed with regard to other recommendations. 186

Legislative framework

Under Australia's federal structure, criminal law— and responsibility for enforcing drug laws—is primarily the responsibility of state governments. Australia has ratified the three major international treaties on illicit drugs, and the obligations under those treaties are effected in three pieces of federal legislation: the Narcotic Drugs Act 1967, the Psychotropic Substances Act 1976 and the Crimes (Traffic in Narcotic Drugs and Psychotropic Substances) Act 1990.

The drug laws in Australian jurisdictions

The law relating to illicit drugs is made and enforced in Australia on a state and territorial level. It varies markedly between jurisdictions, but its structure is broadly similar. The key legislation from each jurisdiction is as follows:

New South Wales	Drug Misuse and Trafficking Act 1985; Drug Court Act 1998
Victoria	Drugs, Poisons and Controlled Substances Act 1981
Queensland	Drugs Misuse Act 1986; Drug Rehabilitation (Court Diversion) Act 2000
Western Australia	Misuse of Drugs Act 1981
South Australia	Controlled Substances Act 1984
Tasmania	Poisons Act 1971
Northern Territory	Drugs of Dependence Act 1990
Australian Capital Territory	Drugs of Dependence Act 1989
Commonwealth	Customs Act 1901 Narcotic Drugs Act 1967 Psychotropic Substances Act 1976 Crimes (Traffic in Narcotic Drugs and Psychotropic Substances) Act 1990 ¹⁸⁷

¹⁸⁶ Ibid.

¹⁸⁷ The illegal drug legislation in effect in the states and territories may be consulted online at: http://www.aic.gov.au/research/drugs/context/legislation.html.

Each act creates, in one form or another, the basic offences of possession, use, cultivation, production and trafficking, supplying and selling. The acts also contain lengthy schedules, derived from various international conventions, listing which drugs are prohibited, and defining various amounts, such as "traffickable" and "commercial" quantities. These quantities are used to determine maximum penalties for sentencing purposes.

The typical maximum penalties for the more serious offences, such as trafficking in "commercial quantities," are in the range of 25 years to life, although most jurisdictions apart from Queensland set lower maximums for offences involving cannabis. Most acts provide for persons who have been found guilty of simple possession and/or use offences to receive a term of imprisonment, but it is very uncommon now for this penalty to be imposed. Particularly for the less serious offences, there is often a very substantial gap in sentencing between the "law on the books" and the "law in practice." For example, in Queensland, where the offence of possession carries a notional maximum penalty of 15 years imprisonment and a maximum fine of AUD \$300,000, the standard penalty applied in the Magistrates Court – where the overwhelming majority of possession charges are heard – is a fine of a few hundred dollars, often with no conviction being recorded. 188

Since 1987 in South Australia, 1992 in the Australian Capital Territory, and 1996 in the Northern Territory, people detected committing "minor" cannabis offences have been able to avoid a court appearance altogether by paying a relatively modest "on-the-spot" fine. While cannabis possession is still prohibited, it is sanctioned by a civil, not a criminal, penalty. In addition, Victorian legislation provides for the imposition of preconviction bonds for first offenders charged with minor drug offences *Orugs Poisons and Controlled Substances Act 1981*, s. 76). First offenders are given a bond, and no conviction is recorded if the bond conditions are complied with. But in Victoria, New South Wales, Tasmania, Queensland, and Western Australia all cannabis possession, use and supply is criminally prohibited with criminal penalties being imposed. In addition, in all jurisdictions the penalties imposed for commercial dealing are still very substantial, especially for offences at the upper end of the scale.

In the civil prohibitionist jurisdictions, the offences attracting a civil infringement notice include possession of small amounts of cannabis plant (up to 100g in South Australia, 25g in the Australian Capital Territory, and 50g in the Northern Territory) and cultivation of cannabis plants (up to three in South Australia, five in the Australian Capital Territory, and two in the Northern Territory). Failure to pay the fines may result in court appearances and subsequent conviction.

The criminal prohibitionist jurisdictions have also recently adopted "diversionary" cautioning procedures which allow first or second time cannabis possession/use

¹⁸⁸ For more information on Australian drug laws, see David Brereton, "The History and Politics of Prohibition", in *Drugs and Democracy*, supra.

offenders to receive a caution or education/counselling session instead of the normal court appearance.

"Drug Courts" have been established in four Australian jurisdictions – Queensland, New South Wales, South Australia, and Victoria. In Queensland and New South Wales these "diversionary" courts have been established by legislation while in South Australia and Victoria they operate on a less formalized basis. 189

A notable feature of Australian drug laws is the use of provisions which contravene the long-established principle that the burden of proof in criminal cases should be on the prosecution to prove each element of the offence beyond reasonable doubt. For example, the *Drugs Misuse Act 1986* (Queensland) contains a "deeming provision" for the offence of possession. This means that, if a prohibited drug is found on someone's premises, this will be regarded as conclusive evidence that the drug was in the possession of the occupier, unless he or she can persuade the court that they "neither knew nor had reason to suspect that the drug was in or on that place" (s. 57(c)). Another example is s. 235 of the Commonwealth *Customs Act 1901*. This provision requires a person who has more than a certain quantity of drugs in his or her possession to prove, on the balance of probabilities, that he or she did not intend to engage in commercial dealings in relation to those drugs. If the person cannot prove this, they will be sentenced on the basis that they had an intention to traffic.

Another aspect of Australian drug laws to note is the wide range of powers which are available to police and other law enforcement bodies to detect and investigate drug offences. Under the Queensland *Drugs Misuse Act 1986*, for example, police have had the power in relation to any quantity of any illegal drug to: stop, search, seize and remove motor vehicles; detain and search persons; order internal body searches; and enter and search premises with or without a warrant (s. 18). In addition, for offences such as drug trafficking, Queensland police are empowered to apply to a court to have listening devices installed on private premises.

For law enforcement bodies operating at the federal level, and in most states other than Queensland, telecommunications interception powers are also available for the investigation of serious drug offences under the Commonwealth *Telecommunications* (Interception) Act 1979.

Over the last decade, most jurisdictions have also passed confiscation of profits legislation which can be used to attack the assets of drug traffickers and producers. In most cases this action can be taken only after the person has been convicted, but in New South Wales a confiscation order can be made without requiring a conviction, where the Supreme Court is satisfied that "it is more probable than not" that the person has engaged in drug-related activities (*Criminal Assets Recovery Act 1990*).

¹⁸⁹ For further details on Australian drug courts, see: http://www.aic.gov.au/research/drugs/context/courts.html

Decriminilization in Australia 190

While the National Drug Strategy provides a general framework for responses to drug problems, drug offences and the associated penalties in Australia are a matter of state and territorial jurisdiction. Some Australian states and territories have adopted cannabis decriminilization measures while others have not.

The first Australian jurisdiction to adopt cannabis decriminilization measures was South Australia. The Cannabis Expiation Notice (CEN) scheme came into effect in South Australia on 30 April 1987. Under this scheme, adults coming to the attention of police for "simple cannabis offences" could be issued with an expiation notice. Offenders were able to avoid prosecution by paying the specified fee or fees (ranging from AUD \$50 to AUD \$150) within 60 days of the issue of the notice. Failure to pay the specified fees within 60 days could lead to prosecution in court, and the possibility of a conviction being recorded. Underlying the CEN scheme is the rationale that a clear distinction should be made between private users of cannabis and those who are involved in dealing, producing or trafficking in cannabis. This distinction was emphasized at the introduction of the CEN scheme by the simultaneous introduction of more severe penalties for offences relating to the manufacture, production, sale or supply of all drugs of dependence and prohibited substances, including offences relating to larger quantities of cannabis.

The CEN scheme was modified by the introduction of the Expiation of Offences Act, 1996 which now provides those served with an expiation notice the option of choosing to be prosecuted in order to contest being given the notice. Previously those served with a notice had to let the payment of expiation fees lapse in order to secure a court appearance to contest the notice. In choosing to be prosecuted, however, people issued a notice have their alleged offence converted from one which can be expiated to one which still carries the possibility of a criminal conviction.

The Australian Capital Territory (in 1992) and the Northern Territory (in 1996) introduced similar expiation schemes. Victoria implemented a system of cautions for minor cannabis offenders in 1998 and Western Australia has followed with a similar scheme.

In all cases, cannabis possession remains a criminal offence. By their nature, these provisions reduce, as necessary, the prison term in which the possession of small quantities of cannabis for personal use would previously have resulted.¹⁹¹

Various evaluation studies since conducted have revealed significant savings and reduced negative social impact on persons convicted of minor cannabis offences. None

¹⁹⁰ For further details on this topic, see: Eric Single, Paul Christie and Robert Ali, "The Impact of Cannabis, Decriminilisation in Australia and the United States", *Journal of Public Health Policy*, 21,2, Summer 2000, page 157-186. Available online at:

http://www.parl.gc.ca/37/1/parlbus/commbus/senate/Com-f/ille-f/presentation-f/single-f.htm.

191 For a fuller discussion of the legislative possibilities concerning cannabis, see McDonald et al..,
Legislative Options for Cannabis Use in Australia, supra.

of the studies upon levels and patterns of cannabis use in South Australia ¹⁹² have found an increase in cannabis use which is attributable to the introduction of the CEN scheme. Cannabis use did increase in South Australia over the period from 1985 to 1995 but this was so throughout Australia, including in jurisdictions with a total prohibition approach to cannabis. In fact, the largest increase in the rate of weekly cannabis use across all Australian jurisdictions occurred in Tasmania, a prohibitionist state. ¹⁹³

A comparative study of minor cannabis offenders in South Australia and Western Australia concluded that both the CEN scheme and the more punitive prohibition approach had little deterrent effect upon cannabis users. Offenders from both jurisdictions reported that an expiation notice or conviction had little or no impact upon subsequent cannabis and other drug use. However, the adverse social consequences of a cannabis conviction far outweighed those of receiving an expiation notice. A significantly higher proportion of those apprehended for cannabis use in Western Australia reported problems with employment, further involvement with the criminal justice system, as well as accommodation and relationship problems. 194

In the law enforcement and criminal justice areas, the number of offences for which cannabis expiation notices were issued in South Australia increased from around 6,000 in 1987/88 to approximately 17,000 in 1993/94 and subsequent years. This appears to reflect the greater ease with which police can process minor cannabis offences and a shift away from the use of police discretion in giving offenders informal cautions to a process of formally recording all minor offences. Substantial numbers of offenders still received convictions due to their failure to pay expiation fees on time. This was due in large part to a poor understanding by cannabis users of the legal consequences of not clearing expiation offences and due to financial difficulties. Most CENs are issued for less than 25g of cannabis and half of all CENs issued were received by people in the 18- to 24- year-old age group. 195

The scheme has proven to be relatively cost-effective and more cost-effective than prohibition would have been. The total costs associated with the CEN scheme in 1995/96 were estimated to be around AUD \$1.24 million while total revenue from fees and fines was estimated to be around AUD \$1.68 million. Had a prohibition approach

¹⁹² Single, Christie, and Ali, *supra*, Notes 3, 11, 12, 18, 19 and 50. See also Maurice Rickard, *Reforming the Old and Refining the New: A Critical Overview of Australian Approaches to Cannabis*, Department of the Parliamentary Library, Information and Research Services, Research Paper No. 6 2001-02, 2001, page 29. Available online at: http://www.aph.gov.au/library (listed under Research Papers).

¹⁹³ Rickard, *op. cit.*, page 30.

¹⁹⁴ National Drug Research Institute, Curtin University of Technology, The Regulation of Cannabis Possession, Use and Supply, A discussion document prepared for the Drugs and Crime Prevention Committee of the Parliament of Victoria, Perth, Western Australia, 2000, page xxxiv.
¹⁹⁵ Ibid., page xxxiii.

been in place, it is estimated that the total cost would have been around AUD \$2.01 million, with revenue from fines of around \$1 million. 196

A report on the CEN scheme ¹⁹⁷ noted that it appeared to have numerous benefits for the community, not the least of which were cost savings for the community as a whole, reduced negative social impacts for offenders, and greater efficiency and ease in having minor cannabis offences dealt with, associated with less negative views of police held by offenders. Yet the rate of expiation of notices has remained low, compared with other types of infringement notices, at around 45%.

Administration

Public costs

In financial terms, Commonwealth and State Government expenditure in response to illicit drugs in 1992 was estimated at AUD \$620 million. Of this sum, 84% was allocated to law enforcement, 6% to treatment, and 10% to prevention and research. Commonwealth and state expenditure on methadone programs has been estimated at AUD \$30 million per year.

Based on various more recent estimates, it is likely that more than AUD \$200 million is spent annually in the health and social welfare sectors by governments as a direct or indirect result of the illicit drugs trade. 198 It is estimated that AUD \$450 to AUD \$500 million is the annual cost to the criminal justice system incurred by illicit drugs. 199 It is estimated that more than AUD \$312 million is raised each year by heroin users/dealers through property crime. 200 Law enforcement estimates suggest that drugs generate at least AUD \$2 billion annually within Australia. In addition, it has been suggested that a significant proportion of the estimated AUD \$3.5 billion laundered in and through Australia each year can be attributed to illicit drugs. 201

The economic costs associated with the prevention and treatment of drug-related illness, loss of productivity in the workplace, property crime, theft, accidents and law enforcement activities are over AUD \$18 billion annually.²⁰²

¹⁹⁶ Rickard, op. cit.,, page 33.

¹⁹⁷ Robert Ali et al., The Social Impacts of the Cannabis Expiation Notice Scheme in South Australia, Department of Health and Aged Care, Canberra, May 1998. Available online at:

http://www.health.gov.au/pubhlth/publicat/drugs.htm.

108 John Broome, "Impacts Upon Social and Political Life", in *Drugs and Democracy, op. cit.*, page 117.

¹⁹⁹ Ibid., page 117. See also: Adam Sutton and Stephen James, "Law Enforcement and Accountability", in *Drugs and Democracy, op. cit.*, page 163, where an estimate of AUD \$404 million is given for the annual cost to the Commonwealth, States and Territories of enforcing laws against illicit drugs.

²⁰⁰ Broome, *supra*, page 117.

²⁰¹ *Ibid.*, page 118.

This figure includes costs associated with the use of alcohol and tobacco. See Timothy Rohl, "Evaluating the National Drug Strategy", in *Drugs and Democracy*, supra, page 134.

Social costs

In a study of the social impacts of a conviction for a minor cannabis offence on first time offenders, a significant minority of the sample was shown to develop less favourable attitudes towards police, and there was evidence that many respondents had experienced adverse consequences in terms of employment difficulties, further problems with the law, and problems in relationships and accommodation.²⁰³

A cost of making cannabis illegal is the exposure of cannabis buyers to a range of other potentially more harmful illicit drugs which are available for sale. Another cost is the involvement of organized crime in large scale cannabis production and distribution in Australia. Finally, the illicit drug market generates a sizeable cash economy. It is not too surprising that some police officers become involved in corrupt activities such as drug use, drug dealing, protection of drug dealers, theft of drugs and/or money, and the presentation of false evidence in court.²⁰⁴

Statistics

Use²⁰⁵

The Australian Institute of Health and Welfare conducts a National Drug Strategy Household Survey (NDSHS) every 2-3 years. This survey has been conducted since 1985 with the seventh survey taking place in 2001. The last survey for which results are available took place in 1998. 206 10,300 Australians aged 14 years and older participated in the NDSHS. Respondents were asked about their knowledge of drugs, their attitudes towards drugs, their drug consumption histories, and related behaviours.

The results from the NDSHS in 1998 indicate that approximately 46% of the Australian population had used an illicit drug at some time, while 23% of Australians reported using any illicit drug in the twelve months preceding the survey. Marijuana was the most common illicit drug used, with 39.1% of those aged 14 years and over having used the drug at some time in their lives and 17.9% having used it recently. Of those who had used marijuana, almost half had used it in the past 12 months. The prevalence of lifetime use of pain-killers/analgesics (for non-medical purposes) was 11.5%, followed by hallucinogens (9.9%) and amphetamines (8.8%). Only 2.2% of the Australian population had ever used heroin, with 0.8% reporting recent usage. The

²⁰³ The Regulation of Cannabis Possession, Use and Supply, *supra*, page 40.

²⁰⁴ *Ibid.*, page 40-43.

²⁰⁵ Megge Miller, and Glenn Draper, Statistics on Drug Use in Australia 2000, Australian Institute of Health and Welfare, Canberra, May 2001. Available online at:

http://www.aihw.gov.au/publications/phe/sdua00/index.html.

²⁰⁶ For detailed results of the 1998 NDSHS, see: Pramod Adhikari and Amber Summerill, 1998 National Drug Strategy Household Survey: Detailed Findings, Australian Institute of Health and Welfare (Drug Statistics Series No. 6), Canberra, October 2000. Available online at:

http://www.aihw.gov.au/publications/health/ndshs98d/index.html.

prevalence of cocaine use was slightly higher, with lifetime use in 4.3% of the respondents and recent use in 1.4%.

The second national survey on the use of over-the-counter and illicit substances by secondary students was conducted in 1999. The survey collected data from 25,480 students aged 12-17 years from 434 secondary schools throughout Australia. According to the survey, substance use increased with age for all substances except for inhalants and steroids. Across all ages, the most common substances used were analgesics (for medical and non-medical purposes), with at least 95% of those surveyed reporting the use of this substance. Marijuana use was also relatively high, particularly among those aged 16-17 years, who were more likely than the general community to use marijuana (47% versus 39%). Overall, a similar number of male and female students had tried the substances surveyed. However, slightly more males (32%) than females (29%) had used marijuana, while slightly more females than males had used analgesics for any purpose (98% versus 96%). Apart from these two substances, lifetime and recent illicit substance use was similar for both males and females.

Offences²⁰⁷

Marijuana/cannabis is consistently the most common drug for which people are arrested in Australia, accounting for 70% of all illicit drug arrests in 1998-99. However, the number of persons arrested for either the possession or supply of marijuana has fallen sharply from almost 79,000 in 1995-96 to approximately 58,000 in 1998-99.

The most common drug-related offence for which people were imprisoned was dealing/trafficking in drugs. Of the 1,663 people in prison in 1999 for drug-related offences, 78% were imprisoned for dealing/trafficking offences, with a further 11% imprisoned for possession/use of illicit drugs. The proportion of the total prison population imprisoned for drug-related offences has steadily declined, from 11% in 1995 to 9% in 1999. The proportion of people imprisoned for possession/use of drugs has remained stable over the past five years at 1%, while the proportion of those in prison for dealing/trafficking drugs and manufacturing/growing drugs is steadily decreasing.

Attitudes to drug use and drug legalization

The regular use of illicit drugs was not considered to be acceptable among the vast majority of the respondents in the 1998 NDSHS. Males were more likely to accept regular illicit drug use than were females. Marijuana was the most widely accepted illicit drug, with 30.5% of males and 20.6% of females supporting regular use.

Support for the legalization of illicit drugs follows a similar pattern to that of the acceptability of regular illicit drug use. The legalization of marijuana was supported by 33.8% of males and 25.1% of females. By contrast, support for the legalization of heroin, amphetamines and cocaine was less popular. Only 7% of males and 5.1% of

²⁰⁷ Miller and Draper, *supra*, page 53-58.

REPORT OF THE SENATE SPECIAL COMMITTEE ON ILLEGAL DRUGS: CANNABIS

females supported the legalization of cocaine. Those who supported the legalization of heroin, amphetamines and cocaine were generally aged 20-29 and 40-49 years.

THE UNITED STATES²⁰⁸

A proper description of the illegal drug policies, and even more so of drug practices, in the United States would in itself be long enough to fill a single report. Consider this: the research budget of the National Institute on Drug Abuse (NIDA) alone amounts to US \$1 billion, approximately 80 per cent of funding allocated to illicit drug research worldwide; the budget of the Office for National Drug Control Policy (ONDCP) is more than US \$18 billion, compared to that of the Canadian Drug Strategy, which is CDN \$16 million, approximately one-half of one per cent of the US office's budget; and total expenses relating to illegal drugs are approximately US \$35 billion. Furthermore, given the complexity of the American political system and the diversity of its population, one can only imagine the difficulty of accurately representing US drug policies.

What is more, the United States and illegal drugs are inextricably intertwined. As seen in the last chapter, the USA has played and continues to play a preponderant role in the negotiation and enforcement of international drug conventions. To think of drugs where the United States is involved is automatically to think of the "war on drugs" and the legions of statistics on incarceration, harsh sentences and the enormous

economic and social costs that result therefrom.

In this section, we can only scratch the surface of this complex issue. Fortunately, in previous chapters, we have discussed various figures on the United States, use rates in Chapter 6 and research into effects in Chapter 7, for example. Our task was made even more difficult by the fact that we were unable to hear government representatives at the public hearings. In our single day of hearings in the United States, we heard from the Governor of New Mexico, Mr. Gary Johnson, and Mr. Ethan Nadelman of the Lindesmith Centre-Drug Policy Foundation. It was not until June 10 of this year that we were able to have a private meeting with Dr. Hanson, the director of NIDA and, on June 11, an *in camera* session with Mr. Walters, the director of the ONDCP.

The federal-state legislative framework

Historically, most criminal law and its enforcement was a matter under the jurisdiction of the states. Article I of the U.S. Constitution delineates the federal government's areas of legislative authority and the Tenth Amendment expressly provides that all powers not granted to the central government belong to the states. Criminal law is not among the powers specified as being within the federal

²⁰⁸ This section draws to a large degree on the report prepared for the Committee by the Library of Parliament: B. Dolin, *National Drug Policy: United States*. Ottawa: Library of Parliament, 2002, report prepared for the Senate Special Committee on Illegal Drugs, available online at www.parl.gc.ca/illegaldrugs.asp.

government's purview and in Congress' early days, federal criminal laws were restricted to acts injurious to the national government, such as treason and counterfeiting, or offences of an extra-territorial nature, such as piracy and felonies committed on the high seas.

Despite this, the U.S. Congress has managed to assume a significant role in the criminalization of drug use. Although the "Father of the Constitution," James Madison, had assured the states that their powers were "numerous and indefinite" and those of the central government "few and defined," judicial constitutional analysis subsequently provided a very wide interpretation of the sphere of congressional authority. Beginning with the 1819 case of McCulloch v. Marlyland²¹⁰ the U.S. Supreme Court has given a broad reading to the Article I provision that the federal government may enact all laws that are "necessary and proper" for executing its listed powers. Two of Congress' listed powers are taxation and the regulation of foreign and interstate commerce. As discussed below, the federal government has used these heads of power as the foothold for entering into the regulation of drug use.

Historical²¹¹

From the time of the U.S. Civil War (1861-1865) to the end of the 19th century, the use and sale of opium, morphine, cocaine and other psychoactive drugs were legal and common. Opium was available with or without a prescription and was an ingredient in many patent medicines, including various pain-killers, cough mixtures and teething syrups for infants. Cocaine was also used medicinally, as well as in soft drinks and wine.

Things started to change around the turn of the century. Heroin was first isolated in 1898 and was purported to convey the same benefits as opium or morphine, without the risk of addiction. The realization of heroin's addictive properties soon after its introduction coincided with racist appeals to protect American society from drugs. Initially, two drugs were targeted: Cocaine, associated mainly with Blacks who were said to go on violent rampages under its influence, and opium, the smoking of which was associated with the Chinese. Alcohol temperance societies and religious groups also played key roles in lobbying for prohibition.

Despite strong opposition from the patent medicine industry, the U.S. Congress passed the *Pure Food and Drug Act* in 1906. This legislation required over-the-counter medicines to list the amount of drugs contained in them in the hope that this would

²⁰⁹ In David P. Currie, *The Constitution of the United States: A Primer for the People*, Chicago: University of Chicago Press, page 26.

²¹⁰ 17 U.S. 316.

²¹¹ See Steven R. Belenko, ed., *Drugs and Drug Policy in America: A Documentary History*, Westport: Greenwood Press, 2000; Joseph D. McNamara, "Commentary: Criminalization of Drug Use" *Psychiatric Times*, Vol. XVII(9) *Psychiatric Times*, Luna, Erik Grant, "Our Vietnam: The Prohibition Apocalypse", (1997) 46 Depaul L. Rev. 483. Stephen B. Duke, "Commentary: Drug Prohibition: An Unnatural Disaster", (1995) 27 Conn. L. Rev. 571).

reduce the use of such medicines. Soon to follow was the *Opium Smoking Act of 1909 (as Amended, 1914)* in which Congress banned the importation of the drug for non-medicinal purposes.

The Harrison Narcotic Act of 1914

The Harrison Act was a significant development in American drug policy. Earlier legislation enacted in 1909 had restricted the importation of opium in accordance with the international conventions against the use of the drug. Initially designed to medicalize cocaine and heroin by restricting their distribution to physicians, the Harrison Act was passed in 1914. Its stated purpose was soon altered by the influence of the prohibitionist fervour of the day and this legislation became the unusual model upon which the administration of American narcotics policy would develop. Constitutional limits, as perceived at the time, meant that federal laws had to focus on international controls, interstate transfer and taxation. The Act therefore addressed drug use by requiring anyone selling drugs to be licensed and to keep records of all sales, ostensibly for tax purposes. As part of this regulatory process, users had to obtain prescriptions. Even though the Act specifically provided that doctors could prescribe narcotics, they could only do so if it was in the course of their "professional practice."

There were court challenges to the legislation. However, the U.S. Supreme Court upheld the *Harrison Act* as a revenue act and not a policing measure. ²¹² It was subsequently held that the Act did not permit physicians to prescribe drugs to "addicts" to keep them physically comfortable or maintain their addiction. ²¹³ The *Behrman* decision ²¹⁴ of 1922 further restricted the ability of physicians to prescribe and the prosecution of pharmacists and physicians resulted in legal supplies of opiates and other drugs essentially becoming unavailable by the early 1920s.

Subsequent measures

In the Depression years, fears about "degenerate Mexicans" smoking marijuana also led to legislative action. Some suggest that this represents a common thread in American drug policy; that is, the determining factor in deciding whether a particular drug was criminalized was not its inherent properties or potential for social harm, but rather the kinds of people associated with its use. ²¹⁵ By 1931, 29 states had outlawed marijuana and in 1937 Congress passed the *Marihuana Tax Act* which, like the *Harrison Act*, established federal control over marijuana pursuant to Congress' revenue authority. Although opposed by the American Medical Association at the time, the Act had the support of the country's top drug cop, the head of the Federal Bureau of Narcotics (FBN), Henry J. Anslinger.

²¹² United States v. Doremus (1919), 249 U.S. Reports 86. The Harrison Act was again upheld as a revenue measure in United States v. Nigro (1928), 276 U.S. Reports 332.

²¹³ Webb et al. v. United States (1919), 249 U.S. Reports 96.

United States v. Behrmann (1922), 258 U.S. Reports 280.
 See Luna, supra, page 490-495.

Anslinger, a central figure in the history of American drug policy, had been named the commissioner of the FBN in 1930 and headed the organization through five presidential administrations, until 1962. Often compared to his contemporary J. Edgar Hoover, who controlled the FBI. with similar tenacity, Anslinger did not support a public health approach to drug policy and argued that jailing users was the only proper response. He often suggested that drugs were part of a foreign plot. During W.W.II, he accused the Japanese of using narcotics to sap America's will to fight; following the war, he asserted that it was the Communists who were attempting to do so.

Current legislation and enforcement

Federal law

The Controlled Substances Act

In 1970 the U.S. Congress enacted the federal Controlled Substances Act (the CSA) ²¹⁶ pursuant to the federal authority to regulate interstate commerce. ²¹⁷ This Act repealed most of the earlier federal legislation, including the *Harrison Act* and the *Marihuana Tax Act*, and is the foundation of U.S. federal drug law today. Based on a series of schedules, drugs are categorized and controlled to varying degrees. The most restrictions are placed on Schedule I drugs which cannot be possessed by anyone, except for the purpose of research that has been licensed by the federal government. This schedule includes drugs such as marijuana, heroin, MDMA, LSD and peyote which are deemed to have no medical use and a high abuse potential. Schedule II substances, which have an accepted medical use and are deemed to have an abuse potential less than those in Schedule I, are also subjected to tight controls. Included in Schedule II are cocaine, opium, morphine, meperidine (Demerol) and codeine.

The enactment of the CSA in 1970 represented a significant change in one key respect. Marijuana was differentiated from other drugs and federal penalties were reduced, not only for possession, but also for trafficking and distribution offences. This was to change, however, during the Reagan administration in the 1980s.

In 1982 President Reagan signed an executive order creating the post of White House Drug Policy Advisor. The Comprehensive Crime Control Act of 1984, the Anti-Drug Abuse Act of 1986 and the Anti-Drug Abuse Amendment Act of 1988 raised federal penalties for various drug-related offences (including marijuana offences), increased funding for drug control activities and sought to improve the coordination of federal drug control efforts. The National Narcotics Leadership Act of 1988 created the Office of

²¹⁶ Comprehensive Drug Abuse Prevention and Control Act of 1970, Title II, 21 U.S.C., ss. 800-966.

²¹⁷ Congress need merely find that a class of activity affects interstate commerce to enact criminal penalties; no proof is required that the conduct involved in a single prosecution has an effect on commerce: see Ehrlich, Susan, "The Increasing Federalization of Crime" (2000) 32 Ariz. St.L.J.825.

National Drug Control Policy, the director of which is commonly referred to as the

"Drug Czar."218

Many commentators have suggested that these laws were passed during a time of extreme anti-drug hysteria resulting from the introduction of crack cocaine. ²¹⁹ Propagated by politicians and embraced by the mainstream media, myths regarding crack likely had a significant impact on the increased use of mandatory minimum sentences and the expansion of the American "war on drugs" during the Reagan era.

Scheduling under the CSA-the example of marijuana

An examination of a petition to the Drug Enforcement Administration to reschedule marijuana is instructive of the scheduling process under the CSA.²²⁰ In concluding that marijuana should remain in Schedule I, the Department of Justice considered eight factors:

- The drug's actual or relative potential for abuse;
- Scientific evidence of its pharmacological effects;
- The state of current scientific knowledge of the drug;
- Its history and current pattern of abuse;
- The scope, duration and significance of abuse;
- What, if any, risk there is to public health;
- The drug's psychic or physiological dependence liability; and,
- Whether the drug is an immediate precursor of a substance already controlled under the CSA.

The petition to reschedule was denied in part on the basis that marijuana has a high potential for abuse. While the term "abuse" is not defined in the CSA, the administration examined various factors in ascertaining the potential for abuse. Most important was its finding that individuals are taking the substance in amounts sufficient to create a hazard to their health or to the safety of other individuals or the community. It was determined that while marijuana has low levels of toxicity compared to other drugs of abuse, there are a number of risks resulting from both acute and chronic use, such as dizziness, nausea, time distortions, impaired judgement and short-term memory impairment. Also noted were studies from some authors who described a "marijuana withdrawal syndrome" consisting of restlessness, mild agitation, insomnia, nausea and cramping that resolves within days.

²¹⁸ The Office's home page can b e found at <u>www.whitehousedrugpolicy.gov</u>.

Department of Justice, Drug Enforcement Agency, "Notice: Denial of Petition", April 18, 2001, in

Vol. 66, No. 75 of the Federal Register, page 20037-20076.

²¹⁹ See, for example, Craig Reinarman and Harry G. Levine, eds., *Crack in America: Demon Drugs and Social Justice*, University of California Press, September 1997. The organization Human Rights Watch in a May 2000 report on the United States referred to the phenomenon as a "moral panic" (available online at www.hrw.org/reports/2000/usa).

Another significant element of the analysis that precluded rescheduling marijuana was the fact that the drug has no currently accepted medical use in the United States. The Food and Drug Administration has not yet authorized treatment using marijuana. To do so would require that the following conditions be satisfied:

- The drug's chemistry must be known and reproducible;
- There must be adequate safety studies;
- There must be adequate and well-controlled studies proving efficacy;
- The drug must be accepted by qualified experts; and,
- The scientific evidence must be widely available.

Proposed legislation

The legislative war on drugs continues in the U.S. Congress. The proposed *Drug Dealer Liability Act of 1999* passed in the U.S. House of Representatives and was received in the Senate at the end of 2000. It would impose civil liability on drug dealers for the harm caused–either directly or indirectly–by the use of controlled substances. Even the drug users themselves would be permitted to sue for damages, although the statute requires that they first disclose to narcotics enforcement officers everything they know about the source of the illegal drugs. While it is not clear whether this bill will be made law, a model *Drug Dealer Liability Act* has so far been adopted by 13 states.²²¹

Legislation entitled the Protecting Our Children from Drugs Act of 2000 was passed by the House of Representatives on 17 October 2000. It would amend the Controlled Substances Act to further increase penalties for drug dealers who involve children in the drug trade. Mandatory minimum sentences would increase for dealers who use children under 18 to distribute drugs in or near schools or other "protected locations" such as playgrounds and video arcades. Other proposed initiatives include the Drug Free America Act of 2001, the Domestic Narcotic Demand Reduction Act of 2001 and the Drug Treatment and Research Enhancement Act of 2001.

Federal penalties

The following charts provide a summary of the fines and the terms of imprisonment for selected violations of the federal *Controlled Substances Act* and related federal laws. ²²² Note that for a third felony drug offence involving amounts constituting a top level offence, there is a mandatory life sentence without the possibility of release. Also note that the indicated weights refer to any mixture containing a detectable

²²¹ Arkansas, California, Colorado, Georgia, Hawaii, Illinois, Indiana, Louisiana, Michigan, Oklahoma, South Carolina, South Dakota, Utah and the U.S. Virgin Islands.

²²² Congress has passed various anti-crime bills that include drug-related provisions, including the *Crime Control Act* of 1984 (P.L. 98-473), the *Anti-Drug Abuse Act* of 1986 (P.L. 99-570), the *Anti-Drug Abuse Act* of 1988 (P.L. 100-690), the *Crime Control Act* of 1990 (P.L. 101-647) and the *Violent Crime Control and Law Enforcement Act* of 1994 (P.L. 103-322). Collectively, these Acts enhanced drug-related penalties and provided new funding for drug control activities.

REPORT OF THE SENATE SPECIAL COMMITTEE ON ILLEGAL DRUGS: CANNABIS

amount of the illegal drug regardless of the substance in the mixture. "Conspiracy" and "attempt" offences carry the same penalties as the underlying offence.

Table 1²²³

		Table 1	1: 11	
Taking a salah U	nlawful distribution, p	ossession with intent to	o distribute, manufac	ture,
:		portation and exporta		
Substance	Offence Number	Amount of Drug	Fine	Imprisonment
	2.00.00		(in dollars)	10
Heroin	First Offence	1 kg or more	4-10 million	10 years to life
		100 g – 1 kg	2-5 million	5-40 years
		Less than 100 g	1-5 million	Up to 20 years
	Second	1 kg or more	8-20 million	20 years to life
	Offence 224	100 g – 1 kg	4-10 million	10 years to life
		Less than 100 g	2-10 million	Up to 30 years
Coca leaves,	First Offence	50 g or more	4-10 million	10 years to life
Cocaine or		5-50 g	2-5 million	5-40 years
"Crack"		Less than 5 g	1-5 million	Up to 20 years
	Second	50 g or more	8-20 million	20 years to life
	Offence	5-50 g	4-10 million	10 years to life
		Less than 5 g	2-10 million	Up to 30 years
LSD	First Offence	10 g or more	4-10 million	10 years to life
		1-10 g	2-5 million	5-40 years
		Less than 10 g	1-5 million	Up to 20 years
	Second	10 g or more	8-20 million	20 years to life
	Offence	1-10 g	4-10 million	10 years to life
		Less than 10 g	2-10 million	Up to 30 years
Marijuana	First Offence	1,000 kg or	4-10 million	10 years to life
		more or		
		1,000 plants or		
		more		
		100-1,000 kg or	2-5 million	5-40 years
		100-1,000 plants		
		50-100 kg or	1-5 million	Up to 20 years
		100 plants		
		Under 50 kg ²²⁵	250,000-	Up to 5 years
			1 million	
	Second	1,000 kg or	8-20 million	20 years to life
	Offence	more or 1000		
		plants or more		
		100-1,000 kg or	4-10 million	10 years to life
		100-1,000 plants		

Source: Charles Doyle, Drug Offences: Maximum Fines and Terms of Imprisonment for Violation of the Federal Controlled Substances Act and Related Laws, Library of Congress Congressional Research Service, November 1, 2000.

A second offence is one committed after a prior conviction for *any* felony drug offence under *any* federal, state or foreign drug law.

Distribution of a small amount of marijuana for no remuneration is treated as simple possession, the penalties for which are contained in the second chart.

L	Inlawful distribution, po	ossession with intent		cture,			
Substance	Substance Offence Number Amount of Drug Fine Imprisonment (in dollars)						
		50-100 kg or 100 plants	2-10 million	Up to 30 years			
		Under 50 kg	500 000- 2 million	Up to 10 years			

Table 2

F	.,			
		Simple possession	n · · · · · · · · · · · · · · · · · · ·	
Drug	Offence Number	Amount of Drug	Fine	Imprisonment
Sang arabas na a n'isi		Charles & Barrier	(in dollars)	
Cocaine based	First	Over 5 g	Up to 250,000	5-20 years
	First	5 g or less	Minimum 1,000	Up to 1 year
All other	First	All amounts		
Cocaine based	Second ²²⁶	Over 3 g	Up to 250,000	5-20 years
All other	Second	All amounts	Minimum 2,500	15 days to 2 years
Cocaine based	Third	Over 1 g	Up to 250,000	5-20 years
All other	Third	All amounts	Minimum 5,000	90 days to 3 years

State laws

General

In the U.S. a group called the National Conference of Commissioners on Uniform State Law has the task of drafting legislation that is to be recommended for adoption by all states in an effort to promote legislative consistency throughout the nation. The most recent Uniform Controlled Substances Act was drafted in 1994. The Act sets out the prohibited activities in detail but specific fines and sentencing are left to the discretion of the individual States. Most states have substantially adopted the major provisions of the Uniform Act²²⁷ with the exception of New Hampshire and

A prior conviction includes conviction of *any* offence under the *Controlled Substances Act* or any State drug law.

The Uniform Laws Annotated, Master Edition, Volume 9, Parts II, III and IV, provides annotation materials for the adopting states. Under the heading "General Statutory Note", those jurisdictions that have based their drug legislation on the Uniform Act are stated to have substantially adopted the major provisions of the Uniform Act, but the official text of the State Act "departs from the official text in a such manner that the various instances of substitution, omission, and additional material cannot be clearly indicated by statutory notes." As such, it is recommended that recourse be had to the individual State legislation for specific details for the individual CSA. Another useful reference is Richard A. Leiter, ed., National Survey of State Laws, 3d Ed., Detroit: Gale Group, 1999, which, at pages 152-188, provides charts that set out specific offences and penalties for cocaine, heroin and marijuana in all States.

Vermont where the state laws are not a substantial adoption of the Uniform CSA, although they contain some similar provisions and have the same general purpose. Also of note are the medical marijuana exemptions discussed below.

In terms of sentencing, there are significant discrepancies between states.²²⁸ With respect to sentencing for other drug offences, some states have experimented with extremely harsh penalties. New York's "Rockefeller Laws," for example, are referred to herein in the section entitled "Key Reports and Studies." Other states that adopted similar "get-tough" penalties are now re-examining mandatory minimums, often as a result of fiscal considerations. For example, the state legislature in Louisiana overhauled its drug laws in June 2001. New legislation has cut drug sentences and repealed mandatory minimums for many non-violent crimes. As one republican legislator was quoted as saying, "It's costing us too much to lock these people up and throw away the key."

Medical marijuana

Since 1978, medical marijuana laws have been enacted in 35 states. Five have since expired or been repealed but the balance remain on the books. Of those remaining:

 12 states have "Therapeutic Research Program" laws that purport to permit scientific research (although this is complicated by the federal prohibition).

• 10 states (and the District of Columbia) have symbolic laws that recognize the potential medicinal value of marijuana, but do not provide any protection from arrest.

• 8 states have laws that effectively allow patients to use medical marijuana despite federal law.

The following chart provides details of the eight states with effective medical marijuana laws. While marijuana possession is still a federal crime, most drug arrests are made by state and local officials. Since the federal government cannot force state and local police to enforce federal statutes, medical marijuana users are usually able to avoid prosecution in these states. However, since pharmacies do not sell marijuana, some distribution centres called "buyers' clubs" have emerged and these operations have been hampered by federal law enforcement.

Recently, the Supreme Court examined the issue of buyers' clubs in *Conant v. Oakland Cannabis Buyers' Cooperative*. The court unanimously ruled that there is no medical necessity defence to the Controlled Substances Act's prohibitions on manufacturing and distributing marijuana. Because the CSA classifies marijuana as a Schedule I drug, marijuana has been deemed to have no medical benefits. While the decision in *Conant* does not render state laws regarding medical marijuana inoperative, it

²²⁸ Appendix 2 of the report by B. Dolin, op. cit., states the main alternatives.

²²⁹ No. 00-151. Argued March 28, 2001 – Decided May 14, 2001. Cited as: 532 U.S. __ (2001).

does enhance the federal government's ability to prosecute under the CSA in all states. That said, federal enforcement efforts have not, thus far, targeted individuals who possess or cultivate small amounts for medical use. Only the buyers' clubs (also known as "compassion clubs") have been targeted.

In respect of the following chart, it should be noted that the quantity of marijuana a patient may possess varies from state to state. The provisions exempting caregivers from criminal liability may also vary.

State and Date Enacted	Protection provided to Patients	Documentation Required
Alaska – 3 Nov. 1998	Affirmative defence 230 provided to those registered with the state	Signed physician statement confirming that patient was examined, has a debilitating medical condition and other
California – 5 Nov. 1996	Exemption from prosecution if marijuana possession or cultivation is solely for the medical purposes of the patient	Written or oral approval by physician who has determined that the patient's health would benefit from marijuana in the treatment of a qualifying
Colorado – 7 Nov. 2000	Exemption from prosecution if in possession of a registry card; affirmative defence if no card, but in compliance with	Diagnosed prior to arrest as having a debilitating condition and advised by the physician that marijuana might benefit
Hawaii – 14 June 2000	Exemption from prosecution if in possession of a registry card; "choice of evils" defence also available ²³¹	Card obtained with medical records or a statement from a physician that there is a debilitating condition and the potential benefits of marijuana would "likely outweigh the
Maine – 2 Nov. 1999	Burden on state to prove that patient's medical use was not authorized by statute	Medical records or physician's letter showing that the patient has a qualifying condition, that the risks have been discussed and that the patient "might benefit" from medical marijuana
Nevada – 7 Nov. 2000	Exemption from prosecution	"Advice required"; specifics yet to be determined by legislature
Oregon – 3 Nov. 1998	Exemption from prosecution if in possession of registry card; affirmative defence if no card, but in compliance with the law; choice of evils	Diagnosed within 12 months of arrest with a qualifying condition and advised by attending physician that marijuana "may mitigate the

²³⁰ An "affirmative defence" requires the defendant to prove on a balance of probabilities that he or she is in compliance with the statute.

The "choice of evils" deference refers to the defence of medical necessity. Long recognized in common law, a defendant is provided the opportunity to prove in court that his or her violation of the law was necessary to avert a greater evil; the pain of a debilitating disease or condition in the case of medical marijuana. Certain states, as noted in the chart, have codified the defence.

State and Date Enacted	Protection provided to Patients	Documentation Required
Washington – 3 Nov. 1998	Exemption from prosecution if patient qualifies, has no more marijuana than necessary for personal medical use and presents valid documentation to law enforcement; affirmative defence if in compliance with	Signed physician statement or medical records that indicate that physician is of the opinion that the "potential benefits" of marijuana "would likely outweigh the health risks"

Federal drug policy goals and objectives

National drug-control policy in the United States purports to be based upon prevention, education, treatment and research, complemented by "supply reduction" activities. ²³² To quote from the 2001 Annual Report of the Office of National Drug Control Policy ("ONDCP"):

Through a balanced array of demand-reduction and supply-reduction actions, we strive to reduce drug abuse and availability by half and the consequences of drug abuse by at least 25% by 2007. ²³³

Using the metaphor of cancer for the nation's drug problem, the ONDCP lists the following strategic goals and objectives as being the heart of American federal action in this area.²³⁴

Goal 1: Educate and enable America's youth to reject illegal drugs as well as alcohol and tobacco.

- Objective 1: Educate parents and other care givers, teachers, coaches, clergy, health professionals, and business and community leaders to help youth reject illegal drugs and underage alcohol and tobacco use.
- Objective 2: Pursue a vigorous advertising and public communications program dealing with the dangers of illegal drugs, alcohol, and tobacco use by youth.
- Objective 3: Promote zero tolerance policies for youth regarding the use of illegal drugs, alcohol, and tobacco within the family, school, workplace, and community.
- Objective 4: Provide students in grades K-12 with alcohol, tobacco, and drug prevention programs and policies that are research based.

²³⁴ Available online at:

National Drug Control Strategy: 2001 Annual Report, Office of National Drug Control Policy, page 3.

²³³ Ibid., page 4.

http://www.whitehousedrugpolicy.gov/publications/policy/99ndcs/goals.html

REPORT OF THE SENATE SPECIAL COMMITTEE ON ILLEGAL DRUGS: CANNABIS

- Objective 5: Support parents and adult mentors in encouraging youth to engage in positive, healthy lifestyles and modeling behavior to be emulated by young people.
- Objective 6: Encourage and assist the development of community coalitions and programs in preventing drug abuse and underage alcohol and tobacco use.
- Objective 7: Create partnerships with the media, entertainment industry, and professional sports organizations to avoid the glamorization, condoning, or normalization of illegal drugs and the use of alcohol and tobacco by youth.
- Objective 8: Develop and implement a set of research-based principles upon which prevention programming can be based.
- Objective 9: Support and highlight research, including the development of scientific information, to inform drug, alcohol, and tobacco prevention programs targeting young Americans.

Goal 2: Increase the safety of America's citizens by substantially reducing drug-related crime and violence.

- Objective 1: Strengthen law enforcement including federal, state, and local drug task forces to combat drug-related violence, disrupt criminal organizations, and arrest and prosecute the leaders of illegal drug syndicates.
- Objective 2: Improve the ability of High Intensity Drug Trafficking Areas (HIDTAs) to counter drug trafficking.
- Objective 3: Help law enforcement to disrupt money laundering and seize and forfeit criminal assets.
- Objective 4: Break the cycle of drug abuse and crime.
- Objective 5: Support and highlight research, including the development of scientific information and data, to inform law enforcement, prosecution, incarceration, and treatment of offenders involved with illegal drugs.

Goal 3: Reduce health and social costs to the public of illegal drug use.

- Objective 1: Support and promote effective, efficient, and accessible drug treatment, ensuring the development of a system that is responsive to emerging trends in drug abuse.
- Objective 2: Reduce drug-related health problems, with an emphasis on infectious diseases.
- Objective 3: Promote national adoption of drug-free workplace programs that emphasize a comprehensive program that includes: drug testing, education, prevention, and intervention.
- Objective 4: Support and promote the education, training, and credentialing of professionals who work with substance abusers.
- Objective 5: Support and promote the education, training, and credentialing of professionals who work with substance abusers.
- Objective 6: Support and highlight research and technology, including the acquisition and analysis of scientific data, to reduce the health and social costs of illegal drug use.
- Objective 7: Support and disseminate scientific research and data on the consequences of legalizing drugs.

Goal 4: Shield America's air, land, and sea frontiers from the drug threat.

Objective 1: Conduct flexible operations to detect, disrupt, deter, and seize illegal drugs in transit to the United States and at U.S. borders.

- Objective 2: Improve the coordination and effectiveness of U.S. drug law enforcement programs with particular emphasis on the Southwest Border, Puerto Rico, and the U.S. Virgin Islands.
- Objective 3: Improve bilateral and regional cooperation with Mexico as well as other cocaine and heroin transit zone countries in order to reduce the flow of illegal drugs into the United States.
- Objective 4: Support and highlight research and technology including the development of scientific information and data to detect, disrupt, deter, and seize illegal drugs in transit to the United States and at U.S. borders.

Goal 5: Break foreign and domestic drug sources of supply.

- Objective 1: Produce a net reduction in the worldwide cultivation of coca, opium, and marijuana and in the production of other illegal drugs, especially methamphetamine.
- Objective 2: Disrupt and dismantle major international drug trafficking organizations and arrest, prosecute, and incarcerate their leaders.
- Objective 3: Support and complement source country drug control efforts and strengthen source country political will and drug control capabilities.
- Objective 4: Develop and support bilateral, regional, and multilateral initiatives and mobilize international organizational efforts against all aspects of illegal drug production, trafficking, and abuse.
- Objective 5: Promote international policies and laws that deter money laundering and facilitate anti-money laundering investigations as well as seizure and forfeiture of associated assets.
- Objective 6: Support and highlight research and technology, including the development of scientific data, to reduce the worldwide supply of illegal drugs.

Administration of the policy

As previously stated, the national drug control budget is enormous. Over \$18 billion has been budgeted for the year 2001 for the purpose of supporting the goals and objectives of the National Drug Control Strategy. Numerous federal departments, including Defense, Education, Justice, State and the Treasury, are involved and often must coordinate with state and local government agencies and a wide assortment of community and professional groups. This is all overseen by the ONDCP.

A key government department is the Department of Justice which is responsible for many of the agencies involved in this area and receives a significant portion of the drug control budget; over 8 billion dollars in 2001. ²³⁵ Various agencies receive funding through Justice, including the Bureau of Prisons, the F.B.I., INTERPOL, the U.S. Marshals Service, the Immigration and Naturalization Service and the Drug

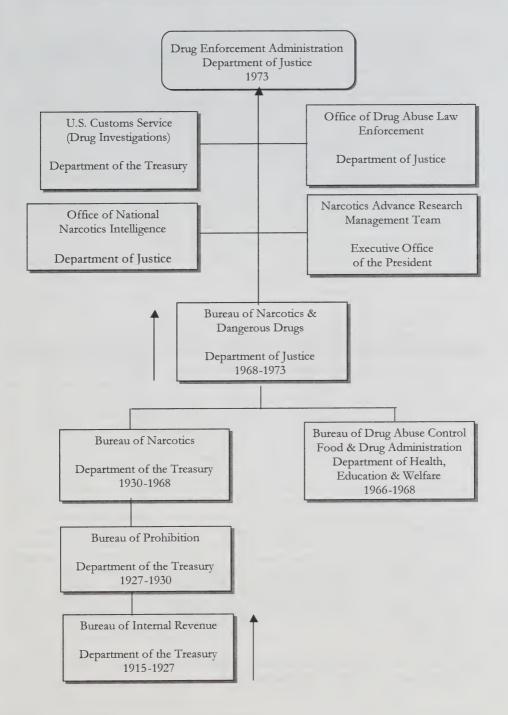
²³⁵ Source: Executive Office of the President of the United States, Summary: FY 2002 National Drug Control Budget, April 2001, page 11.

REPORT OF THE SENATE SPECIAL COMMITTEE ON ILLEGAL DRUGS: CANNABIS

Enforcement Agency (DEA). The DEA ²³⁶ merits special mention in the Justice Department's administration of drug control policy. Its mission is to enforce the controlled substances laws and regulations and to recommend and support non-enforcement programs aimed at reducing the availability of illicit controlled substances on the domestic and international markets. Established in 1973, it is the successor of Anslinger's FBN and other enforcement arms of the federal government as illustrated in the following graphic. ²³⁷

²³⁶ The DEA's Web page is at http://www.usdoj.gov/dea/.

Source: DEA Web site, at http://www.usdoj.gov/dea/agency/genealogy.htm.



Apart from its law enforcement duties, the DEA manages national drug intelligence and is responsible, under the policy guidance of the Secretary of State and U.S. Ambassadors, for all programs associated with drug law enforcement counterparts in foreign countries. In this capacity, the organization liases with the United Nations, Interpol, and other organizations on matters relating to international drug control programs. American actions outside of U.S. territory include "Plan Columbia," a program targeted at reducing cocaine productivity in that country to which over a billion dollars has been committed, as well as well joint enforcement activities undertaken with other governments such as Mexico. As well, under the Foreign Assistance Act, the U.S. is required to impose substantial restrictions on bilateral assistance to those countries listed by the White House as being major drug producing or transit countries. Similarly, the Foreign Narcotics Kingpin Designation Act permits the President to designate foreign individuals as "drug kingpins," thereby denying them access to the U.S. financial system and making illegal any transactions between the "kingpin" and U.S. companies or individuals.

Current issues and debates

The costs of incarceration, the unequal impact of drug laws on racial minorities and police corruption resulting from the war on drugs are issues that have garnered increased attention in this ongoing debate. For example, the Republican Governor of New Mexico has called for the decriminalization of all drugs – "Control it, regulate it, tax it" he has been quoted as saying ²³⁸ – citing the mounting cost of addressing drug abuse problems with prison rather than treatment. At our hearings, the Governor told us:

I happen to believe that the war on drugs is an absolute miserable failure. (...) When I witness that half of what we spend on law enforcement, half of what we spend on the courts and half of what we spend on the prisons is drug related, I know that there is no bigger issue facing us today. In the United States we are spending \$50 billion each year on drug-related crime. (...) Two-thirds of all prisoners in the United States are incarcerated on drug charges. Nearly 500,000 incarcerations, one-quarter of the prison population, are directly related to drugs. It costs over \$8.6 billion each year just to keep drug offenders locked up in the United States. Even with all of those expenditures, illegal drugs are now cheaper, more available and more potent than they were 20 years ago.

(...) In the United States, which one of these substances gets people arrested? We are arresting 1.6 million people every year. New Mexico has a population of 1.8 million. I live and I drive in New Mexico, a giant state, and I cannot help but think the equivalent of the population of New Mexico is getting arrested in the United States every single year. It's absolutely shocking. Out of those 1.6 million arrests, there are 800,000 for marijuana, and half of those arrests involve Hispanics. Are half the users of marijuana in the United States Hispanic? No, yet half the arrest disproportionally fall on the Hispanic communities.

²³⁸ "New Mexico Governor Calls for Legalizing Drugs", CNN.com, October 6, 1999, available online at www5.cnn.com/US/9910/06/legalizing.drugs.01/.

Given that situation, what do we need to do? First, we need to legalize marijuana. Second, we need to adopt harm reduction strategies with regard to all the other drugs. Third, we need to move away from a criminal model to a medical model.²³⁹

Others criticize current policy on the basis that black Americans are disproportionately targeted in drug law enforcement. The group Human Rights Watch notes in a 2000 study that Blacks comprise 62.7% and whites 36.7% of all drug offenders admitted to state prisons, even though data confirms that this racial disparity "bears scant relation to racial differences in drug offending." Various experts also pointed out the harmful effect of drugs on law enforcement, in particular Mr. Joseph McNamara, former chief of police of San Jose, California, now retired, who noted that the corruption of civil servants will be a serious problem as long as the current anti-drug policy remains in effect. ²⁴¹

Statistics

In Chapter 6, we presented an overview of data on cannabis use. We round out th description of the situation in the United States with a number of tables on certain selected indicators.

Estimated Domestic U.S. Drug Consumption (in Metric Tons)242

	Louisiated Domestic Old Ding College								
Year	Cocaine	Heroin	Marijuana	Methamphetamine					
1996	288	12.4	874	14.3					
1997	312	13.1	960	11.9					
1998	291	12.5	952	15.9					
1999	276	12.9	982	15.5					
2000	269	12.9	1,009	15.5					

²⁴⁰ Jamie Fellner, Human Rights Watch Associate Counsel, "United States: Punishment and Prejudice: Racial Disparities in the War on Drugs", Human Rights Watch, May 2000, paragraph 2 of "Summary and Recommendations", available online at www.hrw.org/reports/2000/usa.

²⁵⁹ Testimony of Mr. Gary E. Johnson, Governor of New Mexico, before the Senate Special Committee on Illegal Drugs, Senate of Canada, first session of the thirty-seventh Parliament, November 5, 2001, Issue 9, page 36 to 38.

²⁴¹ Joseph D. McNamara, "When Cops Become the Gangsters", *Los Angeles Times*, September 21, 1999, available online at www.nakedgov.com/mcnamara.htm.

²⁴² Source: Office of National Drug Control Policy, 2000. What America's Users Spend on Illegal Drugs, 1988-1998.

1997 National Household Survey on Drug Abuse: Past Illicit Drug Use²⁴³

Respondent Age	Ever Used	Past Year	Past Month
12 – 17	23.7 %	18.8 %	11.4 %
18 – 25	45.4 %	25.3 %	14.7 %
26 – 34	50.8 %	14.3 %	7.4 %
35 and over	31.5 %	6.1 %	3.6 %

1998 Drug Use Amount High School Seniors²⁴⁴

Drug	Ever Use	Past Year	Past Month
Marijuana	49.1 %	37.5 %	22.8 %
Cocaine	9.3 %	5.7 %	2.4 %
Crack	4.4 %	2.5 %	1 %
Stimulants	16.4 %	10.1 %	4.6 %
LSD	12.6 %	7.6 %	3.2 %
PCP	3.9 %	2.1 %	1 %
Heroin	2 %	1 %	0.5 %

Drug Prices and Purity Levels: Selected Years 1981-1998245

		. 0			
Purchase	1981	1988	1996	1997	1998
Amount	Price/Purity	Price/Purity	Price/Purity	Price/Purity	Price/Purity
	(per pure gram)				
			Cocaine		
1 g or	\$378.70/40.02%	\$218.33/75.99%	\$159.05\$/72.5	\$178.97/64.72%	\$169.25/71.23%
less			%		
10-100 g	191.5/59.59%	78.84/	49.45/	45.58/67.05	44.30/65.92
		83.53%	68.44p. cent		
			Heroin		
0.1 g or	3,114.80/4.69	2,874.19/19.22	2,175.88/23.95	2,114.97/25.24	1,798.80/24.29
less					
1-10 g	1,194.05/19.1	947.32/39.48	373.30/45.21	327.88/45.38	317.97/51.33
			Marijuana		
10 g or	\$6.41	\$12.50	\$10.42	\$10	\$10.41
less					
100-999 g	2.75	3.41	2.95	2.63	2.59

²⁴³ Source: Office of National Drug Control Policy, Drug Policy Information Clearinghouse. *Drug Data Summary*, April 1999.

²⁴⁴ *Ibid.*

²⁴⁵ Ibid.

National Drug Control Budge £46

A Service of the Year of the service of the	Amount (in \$US billions)
1999	17.1
2000	17.9
2001	18.1
2002	19.2

Total Estimated Arrests and Drug Arrests, 1989-1999247

Year	Total Arrests	Arrests for a	ll drug		Distributi	on of arr	ests for drug vio	riolations		
		violations		Hero	Heroin/Cocaine M		Marijuana O		ner Drugs	
		Number	Per-	Sale	Possession	Sale	Possession	Sale	Possession	
	Professional Control	130 1820	cent		A 1, 2					
1989	14 340 900	1,351,700	.4	19.1	34.7	6.2	23.1	7.0	9.8	
1990	14 195 100	1,089,500	.6	21.0	33.3	6.1	23.9	4.5	11.2	
1991	14 211 900	1,010,000	.1	22.5	32.8	6.1	22.4	4.8	11.5	
1992	14 075 100	1,066,400	.5	20.6	32.4	6.6	25.5	4.6	10.4	
1993	14 036 300	1,126,300	.0	19.2	31.1	6.2	27.6	4.3	11.6	
1994	14 648 700	1,351,400	.2	16.8	30.3	5.8	29.8	4.1	13.2	
1995	15 119 800	1,476,100	.7	14.7	27.8	5.8	34.1	4.4	13.3	
1996	15 168 100	1,506,200	.9	14.2	25.6	6.3	36.6	4.3	13.3	
1997	15 284 300	1,583,600	0.3	10.3	25.4	5.6	38.3	4.7	15.8	
1998	14 528 300	1,559,100	0.7	11	25.6	5.4	38.4	4.8	14.8	
1999	14 031 070	1,532,200	0.9	10	24.5	5.5	40.5	4.1	15.4	

²⁴⁶ These figures represent funds specified for the purpose of supporting the goals and objectives of the National Drug Control Strategy and include funds budgeted for various departments, including Defence, Education, Justice, State, and Treasury, Source: National Drug Control Budget Executive Summary, Fiscal Year 2002, Office of National Drug Control Policy, April 9, 2001.

²⁴⁷ Source: Crime in the United States: Uniform Crime Reports, U.S. Department of Justice, Federal Bureau of Investigation (1990-2000).

Adults in Custody of State or Federal Prisons or Local Jails, 1989-1999²⁴⁸

Year	State	Federal	Total State	Percent of prisoners who are drug offenders		Local Jails
	Prisons	Prisons	& Federal			
			Prisons	Federal	State	
1989	629,995	53,387	683,382	49.9	19.1	395,553
1990	684,544	58,838	743,382	53.5	21.7	405,320
1991	728,605	63,930	792,545	55.9	21.3	426,479
1992	778,495	72,071	850,566	58.9	22.1	444,584
1993	828,566	80,815	909,381	59.2	22.1	459,804
1994	904,647	85,500	990,147	60.5	22.4	486,474
1995	989,004	89,538	1,078,542	59.9	22.7	507,044
1996	1,032,440	95,088	1,127,528	60.0	22.7	518,492
1997	1,059,588	99,175	1,176,922	62.6	20.7	567,079
1998	1,178,978	123,041	1,232,900	58.7	20.7	592,462
1999	1,209,123	135,246	1,366,369	57.8	Unavailable	605,943

Correctional population in the United States: selected statistics for 1997²⁴⁰

In 1997, an estimated 5.7 million adult residents of the U.S. (or approximately 2.8% of all U.S. adult residents) were under some form of correctional supervision. Approximately 70% were supervised in the community, through probation or parole. About 9.0% of black adults were under correctional supervision; for white adults, the figure was 2.0% and for other races it totalled 1.3%.

Federal drug prosecutions: selected statistics for 1999²⁵⁰

During 1999 U.S. attorneys initiated investigations involving 117,994 suspects. Of these suspects, 32% were investigated for drug offences. Suspects in criminal matters involving drug offences were more likely to be prosecuted in a U.S. district court (77%) as opposed to suspects involved in violent offences (59%), public order offences (53%) or property offences (50%). Of those convicted of felony drug offences in federal court in 1999, 93% received prison sentences. The average sentence of all offenders sentenced in federal court in 1999 was 57.8 months; for drug offenders, the average was 75.4 months.

²⁴⁸ Sources: Bureau of Justice Statistics Bulletin, *Prisoners in 1999* (Aug. 2000), *Prisoners in 1998* (Aug. 1999), *Prisoners in 1997* (Aug. 1998), *Correctional Populations in the United States*, 1995, 1994, 1993, 1992, 1991, 1990, 1989. *Jails and Jail Inmates*, 1993-94. *Jail Inmates*, 1992; 1990. Data for 1997 percentages of drug offenders are estimated from Bureau of Justice Statistics, *Substance Abuse and Treatment, State and Federal Prisoners*, 1997 (January 1999) and unpublished Bureau of Prisons Data.

²⁴⁹ Source: Correctional Populations in the United States, 1997, Bureau of Justice Statistics, U.S. Department of Justice, (November 2000).

Source: U.S. Compendium of Federal Judicial Statistics, 1999, (April 2001).

DEA seizures of non-drug property - 1997²⁵¹

In fiscal year 1997, the Drug Enforcement Agency made 15,860 seizures of non-drug property pursuant to drug forfeiture laws. The total value of this property is estimated at \$552 million.

Property Type	Number of Seizures	Value (in dollars)	
Cash	8,123	284,680,029	
Other financial instruments	507	73,602,092	
Real property	748	108,833,498	
Vehicles	3,695	47,379,874	
Boats	111	5,884,754	
Aircraft	24	8,945,000	
Other means of transportation	172	1,734,731	
Other	2,480	1,734,731	

Source: Official of National Drug Control Policy, Drug Policy Information Clearinghouse, Drug Data Summary, April 1999.

CHAPTER 21

PUBLIC POLICY OPTIONS

Public policy is not just a matter of enabling legislation, in this case criminal legislation. Nonetheless, when it comes to illegal drugs, criminal legislation occupies a symbolic and determinative place in public policy. It is as if this legislation is the backbone of our public policy. Public discussions of cannabis do not deal so much with such matters as public health, user health, prevention of at-risk or excessive use, but with such questions as the pros and cons of decriminalization, establishing a civil offence or maintaining a criminal offence, or possible legalization and the extent thereof. As we complete our report, the Minister of Justice is releasing trial balloons in relation to decriminalization. Apart from the merits of this approach—to be discussed at length in this chapter — it is clear that tinkering with the criminal legislation is not indicative of an authentic public policy. In this Committee's view, a public policy on cannabis must be, first and foremost and essentially, a public health policy based on encouraging government and users to assume more responsibility.

On a general level, the tendency to reduce drug issues to the legal framework fits neatly into the increasing juridicization of social relations, a situation in which legislation is the central, sometimes the only, tool of government policy. However, in the matter of illegal drugs, other factors are also at work.

On the one hand, this attitude has been at the very heart of the approaches to drugs throughout the twentieth century, approaches in which criminal prohibition guides - and restricts - public policy. It is only because of the AIDS crisis that the merits of harm-reduction approaches have been "discovered." Even then, decision-makers were often preoccupied more with protecting non-user members of society than with improving the health of drug users. When governments decided to tackle the criminal behaviour of drug users deriving from the criminalization of drugs (we do not mean organized crime and drug traffickers), the aim was not so much to improve drug users' living conditions but to protect non-users from drug-related "mischief."

On the other hand, criminal prohibition is often thought of as the "ultimate stronghold" against uncontrolled proliferation of drug use. Without criminal prohibition, we were told, cannabis consumption might well explode out of control. The underlying hypothesis, rarely stated explicitly, that criminalizing drugs contributes effectively to reducing their use, has never been demonstrated, however. Quite the

contrary, as this chapter will show, available data tend to demonstrate that prohibitionist policies have little impact on levels of use or availability of drugs.

Public policy cannot be reduced to adopting legislation, the more so since laws rarely contain clearly stated guiding principles setting out aims and objectives. In respect of illegal drugs, where the key issues are, first and foremost, matters of public health and culture (including education and research), and where criminal law should be used only as a last resort, public policy must be based primarily on clear principles and objectives. For this to come about, public policy must be equipped with a set of tools designed to deal with the various issues that drugs represent to societies. Legislation is only one such tool.

The social and economic costs of illegal drugs affect many aspects of society through lower productivity and business loss, hours of hospitalization and medical treatment of all kinds, police time and prison time, and broken or lost lives. Even if no one can pinpoint the exact figures, a portion of these costs arise, not from the substances themselves, but from the fact that they are criminalized. The drug most frequently associated with violence and criminal offences, including impaired driving, is in fact legal, alcohol.¹ Cannabis, the criminal organizations that control part of the production and distribution chain aside, neither leads to crime nor compromises safety. Even its social and health costs are relatively small compared to those of alcohol and tobacco. In fact, more than for any other illegal drug, we can safely state that its criminalization is the principal source of social and economic costs.

However, in spite of the fact that the principal social costs of drugs affect business, health and family, the emphasis on the legal debate tips the scales of public action in favour of law enforcement agencies. No one can deny that their work is necessary to ensure public order and peace and to fight organized crime. At the same time, over 90% of resources are spent on enforcing the law, the most visible actions with respect to drugs in the public sphere are police operations and court decisions and, at least in the case of cannabis, the law lags behind individual attitudes and opinions, thus creating a huge gap between needs and practice.

Most national strategies display a similar imbalance. The national strategies that appear to have the greatest chance of success, however, are those that strive to correct the imbalance. These strategies have introduced knowledge and observation tools, identified indicators of success with respect to their objectives, and established a veritable nerve centre for implementing and monitoring public policy. The law, criminal law especially, is put in its proper place, that of one method among many of reaching the defined objectives, not an aim in itself.

This chapter is divided into three sections. The first examines the effectiveness of legal measures for fighting drugs and shows that legal systems have little effect on consumption or supply. The second section describes the various components of a

¹ Please refer to the recent CCSA study: Permanen, K., et. al., op. cit.

public policy. The third considers the direction of criminal policy, and defines the main terms used: decriminalization, depenalization, diversion, legalization, and regulation.

INEFFECTIVENESS OF CRIMINAL POLICIES

Two key indicators are usually applied to measure the effectiveness of drug-related criminal policy: reduced demand and reduced supply. Some authors attempt to measure the economic efficiency of various control options²; we do not address this aspect as the data are incomplete.

The methods of measuring the impact of public policy on supply and demand are faced with a series of methodological pitfalls. Firstly, the two indicators are relatively artificial and not easily distinguished from one another. In other words, a given measure impacts both indicators simultaneously and are often accomplished by the same institution For example, a police officer conducting drug "education" in schools, theoretically for the purpose of affecting demand, also works to reduce supply. Secondly, the capacity of agencies responsible for affecting one or the other depends on a series of factors relating to their means and resources, their practices and skills, and their competence. For the police, the number of officers per capita and the general thrust of law enforcement services (community police, traditional more reactive police) as well as the priority given to drug-related offences, can influence the volume of reported incidents as well as the decision to lay a charge. Generally speaking, the total resources allocated by a government to its drug policy may affect one or both of these indicators. In short, effectiveness cannot be measured directly.

It is even more difficult to assess, even indirectly, the impact of action taken, when clear objectives, ideally associated with indicators, are not defined, as is the case in Canada at this time, as was seen in Chapter 11. This being the case, and because we are in no position to make a rigorous assessment of public policy on drugs, we will examine the question on the basis of a series of indirect indicators.

Impact on consumption

General policy direction

At the most general level, national governments (see preceding chapter) define a general direction for their policies on drugs. Some are more tolerant or permissive (e.g., the Netherlands, Belgium, Spain, and Germany); others stress prohibition and abstention (e.g., the United States, Sweden, France). Admittedly, these are crude

² See Jackson, A.Y. (2002) op. cit., and our discussion in Chapter 18.

categories, ignoring the complexity of each country's policy. Even in the U.S.A. with its "war on drugs", individual cities and states may implement widely different measures. Furthermore, there is often a huge gap between public policy statement and concrete action. For example, in France, a tough stance on use is accompanied by limited user-related police activity. In Canada, as a number of witnesses told us, enforcement by police is often at odds with "lenient" court decisions. In other words, there is no direct relationship between political statements and concrete action.

Some comparative studies have attempted to determine whether or not public policy influences use levels. A study by Reuband compares "tolerant" European countries (the Netherlands, Spain, Denmark, and Italy) and restrictive countries (Germany, France, Norway, United Kingdom, and Sweden). The study found no significant differences between consumption levels, regardless of public policy direction.³

The "Message" of the Conseil fédéral suisse sur la révision de la loi sur les stupéfiants reports the results of a comparative study on seven European countries by Cesoni, which reached the conclusion that the legal regime had no influence on the frequency of consumption.⁴

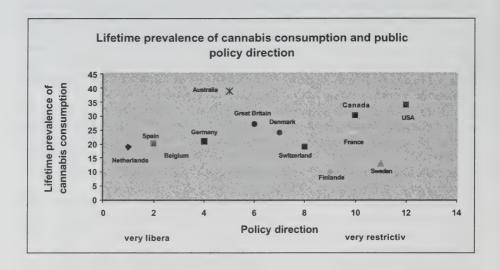
Another study carried out for the *Office fédéral suisse de la Santé publique* classifies the policies of European countries on a line from "very liberal" to "very restrictive", relating them to the lifetime prevalence of cannabis consumption. The study shows no relation between severity of legislation and level of use.⁵

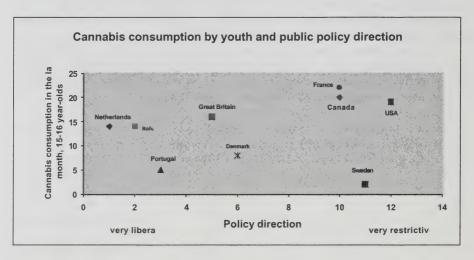
We have drawn up two similar charts, classifying the policies of the various countries and adding Canada, Australia, and the United States. We used the Chapter 6 data on lifetime prevalence of consumption in the general population (Chart 1) and in the past month among 15-16 year olds (Chart 2).

Conseil fédéral Suisse (2001) Message concernant la révision de la loi sur les stupéfiants, page 3560.

³ Reuband, K., (1995) "Drug use and drug policy in Western Europe." European Addiction Research, vol. 1, 32-41.

⁴ Cesoni, L.L. (1999) Usage et actes préparatoires de l'usage des drogues illicites: les choix en matière d'incrimination. Analyse comparative de l'usage de drogues illicites de sept législations européennes. In Conseil fédéral suisse, op.cit., page 3560.

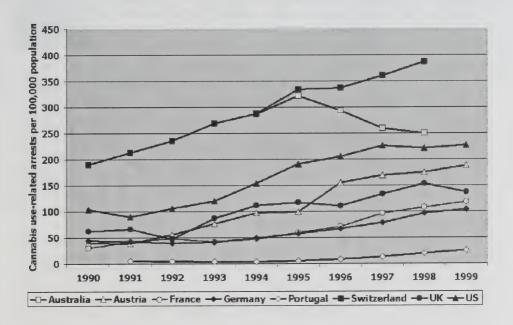




The charts show no direct relationship between consumption levels and public policy direction. Very liberal countries show low rates (Spain, the Netherlands, Portugal), whereas countries that have very restrictive policies show high rates (USA, Canada, France). Of course this may be explained by the fact that these are static statistical data not a time series, and are thus little influenced by variations from year to year. Another possible explanation is that, as few users are arrested, there is a strong inconsistency between words and action. The following section looks at this issue.

Cannabis consumption and arrests

A number of authors have looked at the relationship between arrest levels and delinquent behaviour in general, and in drug consumption in particular. One recent study was conducted by Kilmer⁶ within the context of the International Scientific Conference on Cannabis. The following graph is from that study.



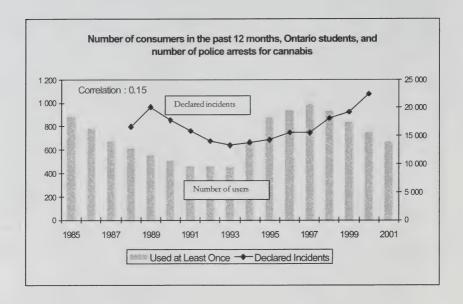
The graph shows that, in all countries, the number of arrests per inhabitant for simple possession of cannabis increased during the 1990s, with Australia the only exception. Switzerland, currently considered relatively moderate, has the highest level of arrests per inhabitant, followed by the USA, Austria, the United Kingdom, France, and Germany.

Here again there appears to be no direct relationship between direction of public policy and arrests. Switzerland and Australia, both of which have far more moderate policies than the USA, arrest proportionally larger numbers of people than that country, although Switzerland's consumption rate is far lower than that of the USA, and Australia's is virtually the same.

⁶ Kilmer, B., (2002) "Do cannabis possession laws influence cannabis use?" in Pelc, I. (dir.) International Scientific Conference on Cannabis. Brussels.

The variation in rates of arrest cannot be explained by the number of police officers per inhabitant. France has far more officers than does the USA or England, but arrests far fewer people than the USA and fewer than the UK for simple possession.

We created a graph charting the relationship between the number of users among high school youth in Ontario in the past twelve months and incidents declared by the police of cannabis-related offences in the same year in Ontario. We chose Ontario because it is the only province that produces continuous time series on consumption levels, and the Ontario figures are almost identical to the Canadian mean (Chapter 14). The results are shown below.



The graph shows a very weak statistical relationship (0.15) between police activity and cannabis use. In other words, police activity has no dissuasive effect on cannabis experimentation by young students.

Criminology teaches that probability of arrest carries far more dissuasive weight than severity of sentence. As the following table shows, the probability of arrest is very low for cannabis possession offences.

Probability of being arrested for cannabis possession7

	1 lookomty of being uncerted for eminutes personal							
	1995	1996	1997	1998	1999			
Germany			2.7%					
Australia	3.7%			2.1%				
Austria	1.7%		1.7%		2.0%			
Canada	1.8%							
United States	2.8%	3.0%	3.1%	3.2%	3.2%			
France					2.0%			
United		2.1%						
Kingdom								
Sweden			2.4%	2.9%				

Public spending

While none of the preceding factors appears related to consumption levels, can a case be made for public spending?

There is danger in trying to estimate the overall cost of public policy on drugs. Even for a budget item as seemingly well-defined as law enforcement, estimates are unreliable. As we saw in Chapter 14, the cost of law enforcement ranges from \$700 million to \$1 billion. Figures on public expenditure related to treatment and prevention, even if we know that they are much smaller than those for law enforcement, are equally unreliable.⁸

Making international comparisons is even riskier. Services are organized differently, costs are not accounted for in the same way, and service orientation and overall government direction vary widely.

With these reservations, we will attempt the exercise based on data from a number of sources. To make the results a little more comparable, we restrict the comparison to law enforcement expenditures which, in any case, account for between 70% and 90% of public spending relating to illegal drugs. The following table summarizes the data. (Note that, for Canada, we have used the data from the CCSA study rather than our own estimates from Chapter 14. Our data show a cost estimate of law enforcement (police, courts, prisons) of approximately \$1.5 billion or \$50 per capita).

⁷ Table reproduced from Kilmer, B., op.cit, page 108.

⁸ See Kopp, P. and Fenoglio (2000) Le coûts social des drogues licites (alcool et tabac) et illicites en France. Paris: OFDT.

Costs of enforcing legislation in various countries

Costs of emoterng registation in various countries				
	Cost of enforcing legislation	Per capita costs		
Germany, 1992 9	DM 6.3 billion			
Australia, 1992 40	A\$450 million			
Canada, 1992 11	US\$300 million	US\$10		
United States 12	US\$12.3 billion	US\$40		
France, 1998 13	US\$500 million	US\$8		
The Netherlands 14	US\$230 million	US\$15		

We note that countries in which consumption levels are average (Germany, the Netherlands) spend less than the USA, which has a high consumption rate; in addition, these countries, specifically, show law enforcement expenditures above those of two far more restrictive countries (France and Canada).

In short, here again cannabis consumption levels appear unaffected by public policy that aims to reduce demand by cracking down on use.

Impact on supply

Does public policy affect drug availability or price? The available data suggest not. In spite of sustained efforts to exert national and international control, battle drug trafficking (macro and micro, local and international), the availability of drugs, and cannabis in particular, has not fallen. Price has fallen significantly (e.g., heroin, cocaine) or remained relatively stable (e.g., cannabis and derivatives). The relative price increase for some grades of cannabis is at least as closely linked to attempts to improve

⁹ Source: Rehm, J., (2001) *The Costs of public policies to fight illegal drugs.* Brief presented to the Special Senate Committee on Illegal Drugs, page 13.

¹⁰ Source: Rehm, J., (2001) *The Costs of public policies to fight illegal drugs.* Brief presented to the Special Senate Committee on Illegal Drugs, page 13.

¹¹ Single, E., et. al., op. cit.

¹² Source: Kopp, P. and C. Palle (1999) "Économistes cherchent politique publique efficace." in Faugeron, C., (ed.) Les drogues en France. Paris: Georg, page 261.

¹³ Source: Kopp, P. and C. Palle (1999) "Économistes cherchent politique publique efficace." in Faugeron, C., (ed.) Les drogues en France. Paris: Georg, page 261.

¹⁴ Source: Kopp, P. and C. Palle (1999) "Économistes cherchent politique publique efficace." in Faugeron, C., (ed.) Les drogues en France. Paris: Georg, page 261.

¹⁵ See above, in the United States, one of the most complete studies on the question: Abt Associates (2001) *The price of illicit drugs: 1981 through the second quarter of 2000.* Washington, DC: Office of National Drug Control Policy.

"quality" (e.g., THC content, organic cultivation) and the large profit margin earned by producers and traffickers, as it is to the efforts of law enforcement agencies.

Conclusion

The title of this section includes our conclusion: if the aim of public policy is to diminish consumption and supply of drugs, specifically cannabis, all signs indicate complete failure. We agree with the conclusions from the Swiss studies that prohibiting cannabis use through the application of criminal law appears to have little, if any, influence on levels of use.

One may think the situation would be worse if not for current anti-drug action. This may be so. Conversely, one may also think that the negative impact of anti-drug programs that are currently centre stage are greater than the positive effect, specifically non-compliance with laws inconsistent with majority attitudes and behaviour.

One of the reasons for this failure is the excessive emphasis placed on criminal law in a context where prohibition of use and a drug-free society appear to remain the omnipresent and determining direction of current public policies.

Does this mean nothing can be done? We do not believe so. Does it mean market forces should be allowed to rule as if drugs were goods like any other commodity, a solution suggested by some free-market advocates? Certainly not. Psychoactive substances, including cannabis, alcohol, and medications, are not ordinary commodities. Although cannabis (see Chapter 7) does not have the deleterious effects that some people claim and is in some respects a less harmful substance than tobacco, it must be the subject of regulation and government intervention.

The question raised by the patent and costly failure in human, social, and economic terms of Canada's public policy direction to date, is what should be the direction and components of public policy on cannabis and, as a corollary, the role and direction of legislation. This is what is discussed in the following sections.

GENERAL ECONOMY OF A PUBLIC POLICY ON CANNABIS

We are fully aware of the somewhat artificial distinction imposed by our mandate between cannabis and its derivatives and other psychoactive substances. Different substances lead to different types of uses. This is as true of cannabis as it is of alcohol, medications, cocaine, or ecstasy. The uses differ with the substance - cannabis consumption differs from consumption of medications or even alcohol. There is nonetheless a common basis to the non-medical uses of psychoactive substances, which are primarily seen as a source of pleasure, even a method of enhancing awareness and the senses. There are of course other forms of use: abuse, for example, is not based

¹⁶ For example, economist Milton Friedman.

on pleasure but rather a physiological and psychological mechanism symptomatic of loss of control, even distress. Nevertheless, throughout history human beings have consumed psychoactive substances for reasons relating to self-liberation.

Uses also differ for a given substance. Cannabis use, originally associated with self-medication and religious rites, in twentieth century western societies became an expression of a counter culture and the hippie movement, before becoming a recreational drug. Although most cannabis use is self-regulated, in some cases, when associated with at-risk behaviour, use can lead to abuse.

For public policy on psychoactive substances to adequately encompass the common dimensions of substance use, it must be **integrated**, yet flexible enough to allow for approaches that are adapted to different substances.

An integrated public policy on drugs would be administered by a decision-making body capable of making links between the substances and their uses so as to propose a meaning to different drug uses. A public policy on drugs revolves around the varying uses made of drugs and not on the substances themselves. In other words, an approach more like that taken by France's *Mission interministérielle* instead of an approach by multiple decision-making bodies, each one operating in a functional silo, in competition with the others as in the States, or for that matter in Canada, where illegal drugs, tobacco and alcohol are handled by different agencies.

An adaptable policy would be able to propose, define and develop tools suited to the various substances. Abuse of cigarettes causes lung cancer, not death due to impaired driving. Some medications, however, do lead to fatal accidents. Cannabis may be associated with both problems: cancer related to combustion, and highway accidents related to psychomotor effects. We must be in the position to understand what is specific to a given substance and what is common to a variety of substances.

A public policy, both integrated and adaptable must aim for knowledge of the relationship between substances and methods and contexts of use, in order to define the determining factors that separate non-problematic self-regulated consumption, from at-risk behaviour, and excessive use and related problems. There are two broad types of problems: the first affect user health, the second the health and safety of others; they must be dealt with in different ways. Certain measures must be preventive inform users of risks and, specifically, help individuals recognize the signs of at-risk behaviour that can lead to problems. Those who consistently smoke between three and five cigarettes a day, something very few tobacco consumers may be able to do, are probably at no greater risk of lung cancer than non-smokers. Learning to manage consumption, recognizing the dangers, and having the means and the tools to do so are key. Other methods are dissuasive in nature: where drinking and driving are involved for example. Finally, some measures are curative: whatever the substance, from simple aspirin to heroin, for all kinds of reasons that pre-date consumption of the substance itself, some individuals consume abusively in a way that leads to health problems. The tools for treatment and cure must be available.

Thus, and this is the third criterion, a public policy on psychoactive substances must primarily be a public health policy: prevention, abuse deterrence, and treatment are the three prongs of public health intervention. A public health policy does not attempt to oblige people to live healthy lives or to have the community decide individual behaviour for some elusive public good. What we envision is a public health policy that contributes to **reducing the risks relating** to the different uses of different substances. A public health policy on psychoactive substances is thus a risk reduction policy.

Harm reduction approaches have been associated with needle exchange or the prescription of methadone or heroin. Some think that harm reduction policies rely too heavily on a medical model, simply softening the negative effects of an otherwise prohibitionist regime. The Harm reduction has been described as a "transition doctrine, contradictory and ambiguous, with the ambiguity enabling unlimited adaption." [Translation] 18 Even worse, according to American psychiatrist Thomas Szasz, it is a morally repugnant position reflecting government therapeutic paternalism. 19

We believe that what is essential is recognition that (1) use of psychoactive substances cannot be eliminated, it is part of the human experience and not all use is abuse - whatever the substance - and (2) all substances can have negative consequences for both the user and society, making it advisable to contribute to individual and community well-being by providing information, abuse prevention tools and a treatment infrastructure. Recognition that an individual is no less a citizen, indeed no less a good citizen, because he chooses to smoke cannabis rather than drink alcohol, or chooses to use rather than abstain, but that individuals and societies, according to the circumstances and method of consumption, will have different needs is the key.

A public policy on drugs does not target users: its implementation embraces them. For too long, in any discussion of illegal drugs, including cannabis, the focus has been on understanding the characteristics specific to consumers, as if they had some feature distinguishing them fundamentally from users of tobacco, alcohol, or psychotropic medications for non-medical use. Although problem users may indeed have common characteristics, it is neither the substance nor being a user that is the question: other factors underlying development of at-risk behaviour should be given more attention.

Some people told us that harm and risk reduction policies, or for that matter decriminalizing cannabis, would "trivialize" its use. On the contrary, this is normalization, not trivialization. Excessive use of any substance is harmful: all substances may endanger user health, even coffee. Normalizing the use and the user does not mean trivializing them. A public policy on drugs aims to normalize uses of psychoactive substances: that implies not marginalizing users, while at the same time

¹⁷ For example, critical assessment in Caballero and Bisiou, pages 114-115.

¹⁸ *Ibid.*, page 116.

¹⁹ Ibid., page 120

not trivializing use and shrugging our shoulders, ignoring the dangers specific to various substances.

To summarize: a public policy on psychoactive substances must be both integrated and adaptable, target at-risk uses and behaviours and abuses taking a public health approach that neither trivializes nor marginalizes users. Implementation of such a policy must be multifaceted, as we will see now.

COMPONENTS OF A PUBLIC POLICY

The public policies described in the preceding chapter, as well as the policies of Denmark, Portugal, and Mexico, have a number of elements in common: they rely on a strong decision-making body, promote interconnection and multiple viewpoints, aim at national consensus on clear and measurable objectives, and rely on independent knowledge and assessment tools.

Strong decision-making body

One may disagree with the political orientation of the American Office of National Drug Control Policy (ONDCP); but no one can deny the office gives strong direction to American national policy on drugs. Although one may be critical of the structural rigidity of the French *Mission interministérielle* (MILDT), or its timidity with respect to legislative debate, however, one cannot help but agree that the MILDT has strongly influenced French policy and practice in the past five years. Each country covered in the preceding chapter has a highly visible, well-known decision-making body that has undeniable legitimacy and methods of action that meet expectations.

In our opinion, the question of drugs, inasmuch as it is broader than the jurisdiction of a single government department or level of government, inasmuch as it refers to our collective ways of relating to society and others, and especially inasmuch as it demands both integration and differentiation, must be governed by an agency that is not accountable to a particular department and can define direction for (not enforce diktats on) all players.

Interconnection

The policies on psychoactive substances are the concern of educators and therapists, police officers and anthropologists, diplomats and local associations and, of course, users. The ability to tie things together for knowledge and comprehension purposes supposes an ability to link specialties, administrations, individuals. This is the meaning of interconnection that a public policy must be capable of making.

A shared definition of shared objectives

In Chapters 11 and 18, we saw that federal policy on drugs, in addition to lacking rigour and clarity, means and infrastructures, is not a national policy. This does not mean there is no place for specific approaches by the provinces and territories that make up the Canadian mosaic. However, if a common culture on drugs is to emerge, if we are to better understand behaviours of use through geographic comparison, if players are to benefit from the experience of others, tools must be developed for the joint definition of shared objectives.

Moreover, the ability - and the will - to define objectives is the foundation of any future evaluation to determine whether or not the action taken is in sync with the objectives and is effective; in short, defining objectives is necessary because we must be able to assess the impact of what we do.

Information tools

A public policy must also rest on knowledge. Many witnesses, from all over, told us this. European Union member countries, the United States and Australia have developed powerful knowledge tools, specifically agencies that monitor drugs and drug addictions. These monitoring agencies, most of them independent of the government and political influence, are capable of measuring changing trends and forms of use of various substances, understanding emerging trends and new products, even assessing public policies. We are unable to see how Canada can fail to develop a national knowledge tool on psychoactive substance use.

LEGISLATIVE OPTIONS

So what do we do with the legislation? Legislation stems from public policy direction, which it supports and completes; it is a means, not an end.

Cannabis debates are highly contaminated by discussions on decriminalization, depenalization, legalization. The terms are frequently poorly understood, especially as they are not necessarily clear. This section defines each key term in the debate and suggests indicators that can be used to assess each option.

Clarification of terminology

Decriminalization or depenalization

The United Nations Drug Control Programme (UNDCP) glossary of terms on drugs gives the following definitions of the two terms.

Decriminalization or depenalization

Removal of penal controls and criminal sanctions in relation to an activity, which however remains prohibited and subject to non-penal regulations and sanctions (e.g., administrative sanctions such as the removal of driving licence).

Under the "prohibition with civil penalties" option, the penalties for the possession of amounts of drugs deemed in law as being for personal use are still illegal but are dealt with by civil sanctions such as infringement notices which attract a monetary penalty, rather than by criminal sanctions such as a criminal record or imprisonment. Typically, the harsher criminal penalties still apply to the more serious offences of possession, supply, manufacture or cultivation of amounts of the drug deemed in law to be for trafficking or commercial purposes.²⁰

For Caballero and Bisiou, depenalization means essentially removing drugs from the field of criminal law. They distinguish between total depenalization and depenalization of use.²¹ The first removes all control except free-market forces. This is a far cry from the UNDCP definition. Depenalization of use corresponds more closely to decriminalization as defined by UNDCP. It is also the definition given by the European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction.

Possessing or holding cannabis for personal use has been decriminalized in Germany, Australia, Spain, Italy, Portugal, the Netherlands, and some American states. The resemblance ends there because each country has slightly different way of reaching the goal. In Australia and the American states where possession of cannabis has been decriminalized, possession remains illegal and subject to a fine. In Germany, the constitutional court has ruled that prosecution for possession of small quantities of cannabis contravenes basic rights and is unjustified. In Spain and Italy, possession of small amounts of cannabis is not an offence and consumption is authorized except in public places. However, as in Portugal, individual possession of cannabis is subject to an administrative penalty (fine in Spain and Portugal; suspended licence in Italy).²² In the Netherlands, the possession offence has never been repealed, although use and certain types of sale (coffee shops) are tolerated.

In all cases, decriminalization is partial. It is sometimes *de jure* (Spain, Italy, Portugal) and sometimes *de facto* (the Netherlands, Denmark).

²⁰ UN Office for Drug Control and Crime Prevention (2000) Demand Reduction. A Glossary of Terms. Vienna: author, page 18.

²¹ Caballero and Bisiou, op.cit, page 117.

²² See EMCDDA (2001) Decriminalisation in Europe? Recent Developments in Legal Approaches to Drug Use. Lisbon: author, available on line at www.emcdda.org

In Canada, some authors have written in favour of decriminalizing cannabis. One of the best known papers on this option may be that published by the policy committee of the Canadian Centre on Substance Abuse.²³ The authors identify four options for decriminalization:

- Fines under the *Controlled Drugs and Substances Act* (CDSA) excluding incarceration as a possible sanction. The option retains the illegality of cannabis possession and related criminal record consequences.
- Civil offence: here again the sanction is a fine, although the option differs from the first in that cannabis possession is no longer sanctioned under the CDSA, but subject to a sanction under the Contraventions Act.
- Alternative measures (or diversion): under this option, possession remains a punishable criminal offence, but sanctions are suspended if the offender agrees to another form of "treatment" or community service. Drug treatment courts are a form of alternative measure.
- Transfer to the provinces: under this approach, the provinces would be free to adopt the control measures they deem necessary (with the exception of criminal measures which are exclusively federal). However, it is difficult to understand the reasoning of the authors on this approach as it is more a form of legalization than decriminalization.

In Quebec, the *Comité permanent de lutte à la toxicomanie* (CPLT) has made a recommendation proposing diversion measures when deemed appropriate by the authorities.²⁴ The CPLT defines diversion as the "exercise, by the Crown prosecutor, of a discretionary power enabling him to desist from prosecuting the offender and instead apply alternate measures" [Translation].²⁵ However, diversion may be given a broader definition, in which the discretionary power is exercised by the police prior to a charge, giving a consumer a simple warning. The CPLT opinion notes the following.

- Cannabis related offences account for at least 60% of offences under the CDSA, with possession the most frequent.
- The number of offences for possession of cannabis is rising, whereas the proportion that lead to prosecution is falling, even though such prosecution remains in a majority (approximately 60% of 1997 cases).
- The practice of laying charges and applying alternative measures varies among regions of Canada and within Quebec.
- Most sentences handed down by the courts are fines.

²³ Fischer et al., (1998) "Cannabis Use in Canada: Policy Options For Control.' Policy Options. October.

²⁴ Comité permanent de lutte à la toxicomanie (1999) Avis sur la déjudiciarisation de la possession simple de cannabis. Montreal: CPLT.

²⁵ Ibid., page 2.

This timid recommendation refuses to take a systematic approach and even links cannabis consumption to delinquent or criminal activities, relating risk to consumption of products with a high THC concentration, as if consuming spirits should be subject to stronger measures than drinking wine.

The term "decriminalization" is obviously loaded with contradictions. Even though the term purports to remove it from the ambit of criminal law, cannabis consumption remains illegal. The sanction may be less severe, but a sanction still applies, one that, in some cases, can have the same impact as a criminal sanction and entail even greater discrimination: a young or disadvantaged person unable to pay the fine faces a far greater risk of ending up in prison than an adult or socially secure individual. As explained to the Committee by Dr. Kendall:

However, a cautionary note should be sounded. If Canada did adopt this recommendation, we should be concerned and thus take steps to avoid the situation in Australia, or to repeat that situation, where the imposition of a cannabis expiation program actually led to a net widening effect, because the police now ticketed individuals that they had previously ignored. Many of those so ticketed failed to appear to pay their fines, and subsequent numbers entered the criminal justice system for non-payment of fines and subsequently received criminal convictions. There was an unintended result in that the number of persons criminalized is as large, or perhaps larger, than before the measure was implemented. ²⁶

In spite of its merits and success, the Dutch system of controlled cannabis sale, a form of *de facto* decriminalization, has no way of regulating production and distribution, which is still controlled at least in part by organized crime, or exercising quality control, specifically the concentration of THC.

In the opinion of some authors, decriminalization is in fact simply less severe prohibition. ²⁷ In other words, in the guise of a socially responsible and rational measure, decriminalization in fact furthers a prohibitionist logic. Same grounds, different form. This model has no greater capacity for prevention or education than a strict prohibition model. Even worse, the prohibition model is based on clear and consistent theory, whereas the same cannot be said of decriminalization as an approach.

Some will say that decriminalization is a step in the right direction, one that gives society time to become accustomed to cannabis, to convince opponents that chaos will not result, to adopt effective preventive measures. We believe however that this approach is in fact the worst-case scenario, depriving the State of a regulatory tool needed in dealing with the entire production, distribution, and consumption network, and delivering a rather hypocritical message at the same time.

²⁶ Dr. Perry Kendall, Medical Health Officer for the Government of British Columbia, testimony before the Special Senate Committee on Illegal Drugs, Senate of Canada, First session, Thirty-seventh Parliament, September 17, 2001, Issue 6, page: 40.

²⁷ MacCoun, R., Reuter, P. and T. Schelling (1996) "Assessing alternative drug control regimes." *Journal of Policy Analysis and Management*. Vol 15, no 3, page 332.

Legalization

The United Nations glossary of terms defines this term as follows.

Legalization

Removal of the prohibition over a previously illicit activity, e.g., non-medical trade or consumption of psychoactive substances. It does not necessarily imply the removal of all controls over such activity (e.g. restriction on sale to minors). ²⁸

The term "legalization" is equivalent to Caballero and Bisiou's concept of depenalization, although it does not rely solely on market forces but includes a form of regulation entailing some restrictions. To quote:

Controlled legalization is a system that aims to replace existing prohibition of drugs by regulation of their production, trade, and use with a view to restricting abuse that can damage society (...) unlike depending depending to the producers (contraband). [Translation]²⁹

No system for controlled legalization of cannabis currently exists. Switzerland comes close with its bill to amend the *Loi sur les stupéfiants*. This type of regulation is nothing new: colonial opium and kif regulatory bodies operated well into the first half of the twentieth century.

Conversely, legalized systems exist for the manufacture, distribution, sale and production of such products as alcohol, tobacco, and psychotropic medications. These could be used as a model for regulating the cannabis production chain.

Regulation

The United Nations glossary of terms defines regulation as follows:

Regulation

The rules governing all aspects of drug control promulgated pursuant to legislation. Violation of these rules may attract criminal or non-criminal penalties, such as fines and license suspension, depending on the seriousness and the intentional nature of the violation. 30

Although one may play with words, regulation is in fact a necessary application of any form of control, whether within a system of prohibition or a system of legalisation. All consumer products, from the automobiles we drive to the food we eat, are subject to some form of regulation. Quality control, environmental standards, compliance with industrial standards, regulations on accessibility—all are forms of regulation essential

²⁸ UNDCP (2000) op.cit, page 41.

²⁹ Caballero and Bisiou, op.cit, page 132.

³⁰ UNDCP (2000) op.cit, page 63

for ensuring no one is poisoned by the food they eat, drives a defective vehicle, or plugs in a dangerous appliance.

Regulation is the most current form of government control; criminal law usually intervenes when the controls fail or mandatory standards are not met.

The same is true of the current international system for controlling narcotics. Canadian legislation deals with "controlled" substances. The control system may range from prohibition of all non-medical and non-scientific use (e.g., opium, cocaine, cannabis), to less severe control measures that allow accessibility to products deemed dangerous, under specific conditions.

Classification of legal policy systems

MacCoun, Reuter and Schilling examine various systems of legal policy, which they divide into three main types: prohibitionist, controlled access, and regulated access, each of which can be broken down further. Their classification system is reproduced below.³¹

Prohibitionist systems vary along a number of lines: based on the nature of prohibited activity (e.g., possession, use, use in public); based on the severity of sanctions (civil penalty, criminal penalty, imprisonment); based on the severity of enforcement (resources, priorities); and based on the capacity to exercise discretionary power (diversion, alternative measures). This makes it clearer why decriminalization remains in essence a prohibitionist approach, albeit a less severe one.

Controlled access systems are in a grey area somewhere between prohibition and regulation. In some ways, they are more like prohibition models, particularly by giving powers of decision to a physician or pharmacist rather than promoting individual user responsibility. This is the medical model criticized by Szasz, Caballero and, closer to home, Malherbe, in his discussion paper on the role of ethics and public health. One can see why harm reduction approaches belong in this grey area, somewhere between prohibition and regulation, with the prescription of methadone or heroine for treating addiction the perfect example of medical power.

The third type is the regulatory model that exercises various types of control on who (who may purchase, restrictions on minors), what (different accessibility levels for different substances), how (point of sale, location, requirement for producers and vendors) and when (time of day, days of the week).

³¹ MacCoun and coll., op. cit, page 333. [1996 issue vol.15 not available]

onnist		Pure prohibition : no use possible (i.e., cannabis)	
Prohibitionnist	‡	Prohibitionist prescription: medical and scientific purposes only	
	lled access	Treatment: prescription for the treatment of dependency (i.e., methadone)	Decreasing
	Controlled access	Regulated prescription: auto administration under prescription to treat medical conditions (i.e, Valium)	ecreasing restriction
	•	Positive licensing: available to any adult with a licence to demonstrate his capacity to make responsible use	
		Negative licensing: accessible to any adult who has not violated some condition (i.e., criminal behaviour)	
	,	Free market for adults : similar to alcohol	
		Free market : no regulation (i.e., coffee).	•

In our opinion, there are basically only two systems: a prohibition system and a legalization system. Both rest on regulation, and the nature and direction of this regulation determines their specific features.

Prohibitionist systems may be subdivided into criminal and medical prohibition. In the first case, sometimes referred to as outright prohibition, the justice system (police and the courts) is central. In the second, the physician is the key player. In both cases, the user is considered a "minor", a person in danger who must be protected from himself. Some call this legal paternalism. Both variations can be more or less strict, more or less severe, but rest on the concept that all use that poses a danger to the user and society and must be strictly controlled. In this scenario, decriminalization of use is a weak variation of prohibition, in the long run entailing more disadvantages than advantages. In addition to failing to affect the production chain and retaining the illegal aspect, it leaves no room for dispensing information to and promoting responsible behaviour by users, or for strong preventive measures. Conversely, the harm

reduction approach is a strong variation of a prohibition system. While this approach recognizes the impossibility of eliminating the damage done by market criminalization, it seeks nonetheless to reduce the negative effects of prohibition on users, who are the focus of its main thrust, by introducing education on drug content (for example, analysis of ecstasy consumed at raves).

		rohibition System	
100 Per 100 Pe	Main player	Degree of prohibition	Severity
Criminal	Police / Justice	Prohibition of fabrication, cultivation,	1
		production, sale, trafficking, use and	
		consumption	
		Decriminalization of use with	
		criminal process / diversion	
		·	
		Civil offences	
Medical	Physician	Recognized therapeutic uses only	
		Treatment for dependency	
		• •	
		General prescription by a physician	
		1 1 7 1 7	*
		General prescription by a physician	V

A prohibition system, whether criminal or medical, calls for regulation derived from criminal law: any interaction with drugs that is not authorized under the medical model is punished by a criminal or quasi-criminal penalty.

The other type of system rests on legalization of cannabis. It can also take various forms.

Legalization systems range from issuing a user licence under certain conditions (e.g., no criminal record, no dependency problems), to permitting a completely uncontrolled free market.

Criteria for a legal policy on cannabis

Some studies have explored the question of the comparative effectiveness of public policy systems in cost/benefit terms, others in terms of social costs. The first type of analysis is impossible simply because no two strategies are different enough for purposes of comparison: there is no cannabis regulation model that can be compared to a prohibition model. The other approach is to consider the social costs incurred by drugs based on a "cost of illness" model in a "counter-factual" scenario: what would happen if there were no consumption of this drug? However, as we saw in Chapter 18, it is difficult to establish the real costs related to cannabis and the response of public policy to it, and impossible to determine real social costs.

The question is whether or not society would be better off if the use of one or more currently illegal drugs was authorized. The answer is only if public well-being is enhanced (or the social cost of drugs is reduced). No one knows the impact on social costs of legalization of illicit drugs. It is impossible to predict the impact of increased consumption, substitution of tobacco and alcohol for currently illegal drugs, the lower current negative impact attributable to drug illegality and, moreover, the combined impact of all these factors. The superiority of neither prohibition nor legalization is provable. [Translation] 32

The counter-factual scenario used in studies of the social costs of drugs is itself a formidable challenge, as it rests on the unproven concept of eradicating consumption of a drug. The model is drawn from the field of health, in which a counter-factual model may be legitimate because, in some cases, a disease can be completely or almost completely eradicated (e.g., childhood diseases). It does not apply to drugs, as the process is necessarily so hypothetical that one wonders if it is worth the effort. It is one thing to try and identify as accurately as possible the diversity of social and economic costs incurred by drugs and then reflect on public policy options; it is another to claim they can actually be measured.

MacCoun, Reuter, and Schelling propose two series of criteria, the first considering different applications to different substances, the second based on acceptable costs and consequences. Using a four-axis matrix, they distinguish:

- scope of consequences: community and user health; community and individual performance; public order and security;
- potential damage to each of the above;
- those affected by the damage (users, traffickers, family members, employers, neighbours, society); and

³² Kopp, P., and P. Fenoglio (2000) op.cit, page 12.

• primary source of the damage (substance, legal status, legal intervention).

How do we make a choice? At the outset, it must be understood that, at the end of the line, the **decision is necessarily a political one**. Epidemiological data on levels of use and empirical data on effects and consequences are clear: cannabis is not as dangerous a substance as interdiction policies would like us to believe. Comparative data on public policies, although more limited, also make it clear that measures undertaken under prohibitionist regimes have not been effective. This much said, no one can predict what will happen under an alternative regime, such as the regulated access model we are proposing. This is why we insist that any comprehensive strategy on cannabis must be based on a public health model and involve tools to evaluate its implementation and effects.

Application to cannabis

We do not have all the empirical data required to make a decision with respect to all the potential consequences of different control systems. To produce such data, one would have to have experienced the different regimes of cannabis control. Since the early twentieth century, various degrees of prohibition are all there has been, however.

Be that as it may, we would hazard a guess that, even if we did have empirical data, in the final analysis the decisions would still be political in nature because they are basically public policy decisions which, as discussed in our chapter on guiding principles, are not defined on the basis of scientific knowledge alone.

Nonetheless, if we attempt to apply these criteria to cannabis, we believe that a **system of regulated access** is most likely to reduce the negative consequences for both users and society.

	Prohibition	Regulation
Consequences on:		
Health -	Use denied therefore no possible distinction between forms of use (use, at-risk use, abuse) Difficulties adapting prevention to reality due to predominance of abstinence Health costs due to lack of knowledge of forms of use Absence of quality control may bring about problems Difficult for users to recognize at-risk use and acknowledge possible dependency	 Possible increase in number of users Enhanced recognition of use and ability to distinguish between forms of use Ability to promote prevention not based on abstinence Possible increase in health care for abusive users resulting from increase in number of users Opportunity to control quality and THC content Monitoring of at-risk behaviour and forms of non-penal treatment

Conduct of individuals and society

- Enhanced individual performance (e.g., school, professional) if prohibition totally successful and no substitute exists -
- Users potentially dealing with criminal networks
- Human rights infringements
- Theoretical decrease in availability of substance
- Theoretical increase in price of substance

- Possibility of increased negative impact on users and their families if consumption increases
- Legal access leading to normalizing and demystifying
- Control over price and availability
- Elimination of the negative consequences of criminalization and marginalization of users
- Need to control impaired driving
- Need to maintain restrictions regarding sale to minors

Public order and safety

- Increased organized crime
- Significant illegal trafficking
- Decreased respect for the law
- Violence in criminal organizations
- Decrease in —not elimination of—organized crime
- Increased control over illegal trafficking
- Possible increase in the insecurity of people residing near points of sale

We are fully aware that our statements with respect to a regulatory system are wholly theoretical. We do think, however, that all the data we have collected on cannabis and its derivatives provide sufficient ground for our general conclusion that the regulation of the production, distribution and consumption of cannabis, as part of an integrated and adaptable public policy, best responds to the principles of autonomy and governance that foster human responsibility and of the limitation of penal law to situations where there is demonstrable harm to others. A regulatory system for cannabis should permit, in particular,:

- more effective targeting of illegal traffic and a reduction in the role played by organized crime;
- prevention programs better adapted to the real world and better able to prevent and detect at-risk behaviour;
- enhanced monitoring of products, quality and properties;
- better user information and education;
- respect for individual and collective freedoms, and legislation more in tune with the behaviour of Canadians.

In our opinion, Canadian society is ready for a responsible policy of cannabis regulation that honours these basic principles.



CONCLUSIONS AND RECOMMENDATIONS

The Senate Special Committee on Illegal Drugs' mandate was to examine Canada's public policy approach in relation to cannabis and assess its effectiveness and impact in light of the knowledge of the social and health-related effects of cannabis and the international context. Over the past two years, the Committee has heard from Canadian and foreign experts and reviewed an enormous amount of scientific research. The Committee has endeavoured to take the pulse of Canadian public opinion and attitudes and to consider the guiding principles that are likely to shape public policy on illegal drugs, particularly cannabis. Our report attempted to provide an update of the state of knowledge and of the key issues, and sets out a number of conclusions in each chapter.

This final section sets out the main conclusions that emerge from all this information and presents the resulting recommendations that derive from the thesis we have developed namely: in a free and democratic society, which recognizes fundamentally but not exclusively the rule of law as the source of normative rules and in which government must promote autonomy insofar as possible and therefore make only sparing use of the instruments of constraint, public policy on psychoactive substances must be structured around guiding principles respecting the life, health, security and rights and freedoms of individuals, who, naturally and legitimately, seek their own well-being and development and can recognize the presence, difference and equivalence of others.

LE DAIN - ALREADY THIRTY YEARS AGO

Thirty years ago, the Le Dain Commission released its report on cannabis. This Commission had far greater resources than did we. However, we had the benefit of a much more highly developed knowledge base and of thirty years' historical perspective.

The Commission concluded that the criminalization of cannabis had no scientific basis. Thirty years later, we can confirm this conclusion and add that continued criminalization of cannabis remains unjustified based on scientific data on the danger it poses.

The Commission heard and considered the same arguments on the dangers of using cannabis: apathy, loss of interest and concentration, learning difficulties. A majority of the Commissioners concluded that these concerns, while unsubstantiated, warranted a restrictive policy. Thirty years later, we can assert that the studies done in the meantime have not confirmed the existence of the so-called amotivational syndrome and add that most studies rule out this syndrome as a consequence of the use of cannabis.

The Commission concluded that not enough was known about the long-term and excessive use of cannabis. We can assert that these types of use exist and may present some health risks; excessive use, however, is limited to a minority of users. Public policy, we would add, must provide ways to prevent and screen for at-risk behaviour, something our policies have yet to do.

The Commission concluded that the effects of long-term use of cannabis on brain function, while largely exaggerated, could affect adolescent development. We concur, but point out that the long-term effects of cannabis use appear reversible in most cases. We not also that adolescents who are excessive users or become long-term users are a tiny minority of all users of cannabis. Once again, we would add that a public policy must prevent use at an early age and at-risk behaviour.

The Commission was concerned that the use of cannabis would lead to the use of other drugs. Thirty years' experience in the Netherlands disproves this very clearly, as do the liberal policies of Spain, Italy and Portugal. And here in Canada, despite the growing increase in cannabis users, we have not had a proportionate increase in users of hard drugs.

The Commission was also concerned that legalization would mean increased use, among the young, in particular. We have not legalized cannabis, and we have one of the highest rates in the world. Countries adopting a more liberal policy have, for the most part, rates of usage lower than ours, which stabilized after a short period of growth.

Thirty years later, we note that:

- Billions of dollars have been sunk into enforcement without any greater effect: there are more consumers, more regular users and more regular adolescent users;
- > Billions of dollars have been poured into enforcement in an effort to reduce supply, without any greater effect: cannabis is more available than ever, it is cultivated on a large scale, even exported, swelling coffers and making organized crime more powerful; and
- > There have been tens of thousands of arrests and convictions for the possession of cannabis and thousands of people have been incarcerated; however, use trends remain totally unaffected and the gap the Commission noted between the law and public compliance continues to widen.

It is time to recognize what is patently obvious: our policies have been ineffective, because they are poor policies.

INEFFECTIVENESS OF THE CURRENT APPROACH

No clearly defined federal or national strategy exists. Some provinces have developed strategies while others have not. There has been a lot of talk but little significant action. In the absence of clear indicators accepted by all stakeholders to assess the effectiveness of Canadian public policy, it is difficult to determine whether action that has been taken is effective. Given that policy is geared to reducing demand (i.e. drug-use rates) and supply (by reducing the availability of drugs and pushing up drug prices), both these indicators may be used.

A look at trends in cannabis use, both among adults and young people, forces us to admit that current policies are ineffective. In chapter 6, we saw that trends in drug-use are on the increase. If our estimates do indeed reflect reality, no fewer that 2 million Canadians aged between 18 and 65 have used cannabis at least once over the past 12 months, while at least 750,000 young people between the ages of 14 and 17 use cannabis at least once per month; one third of them on a daily basis. This proportion appears, at least in the four most highly-populated provinces, to be increasing. Statistics suggest that both use and at-risk use is increasing.

Of course, we must clearly establish whether the ultimate objective is a drug-free society, at least one free of cannabis, or whether the goal is to reduce at-risk behaviour and abuse. This is an area of great confusion, since Canadian public policy continues to use vague terminology and has failed to establish whether it focuses on substance abuse as the English terminology used in several documents seems to suggest or on drug-addiction as indicated by the French terminology.

It is all very well to criticize the "trivialization" of cannabis in Canada to "explain" increases in use but it must also be established why, if this is indeed the case, this trivialization has occurred. It is also important to identify the root cause of this trivialization against a backdrop of mainly anti-drug statements. The courts and their lenient attitude might be blamed for this. Perhaps the judiciary is at the forefront of those responsible for cannabis policies and the enforcement of the law. It must also be determined whether sentences are really as lenient as some maintain. A major issue to be addressed is whether harsher sentences would indeed be an effective deterrent given that the possibility of being caught by the police is known to be a much greater deterrent. Every year, over 20,000 Canadians are arrested for cannabis possession. This figure might be as high as 50,000 depending on how the statistics are interpreted. This is too high a number for this type of conduct. However, it is laughable number when compared to the three million people who have used cannabis over the past 12 months. We should not think that the number of arrests might be significantly increased even if billions of extra dollars were allocated to police enforcement. Indeed, such a move

A look at the availability and price of drugs, forces us to admit that supply-reduction policies are ineffective. Throughout Canada, above all in British Columbia and Québec, the cannabis industry is growing, flooding local markets, irritating the

should not even be considered.

United States and lining the pockets of criminal society. Drug prices have not fallen but quality has improved, especially in terms of THC content – even if we are sceptical of the reported scale of this improvement. Yet, police organizations already have greater powers and latitude – especially since the September 11, 2001 tragedy – in relation to drugs than in any other criminal matter. In addition, enforcement now accounts for over 90% of all illegal drug-related spending. To what extent do we want to go further down this road?

Clearly, current approaches are ineffective and inefficient – it is throwing taxpayers' money down the drain on a crusade that is not warranted by the danger posed by the substance. It has been maintained that drugs, including cannabis, are not dangerous because they are illegal but rather illegal because they are dangerous. This is perhaps true of other types of drugs, but not cannabis. We should state this clearly once and for all, for public good, stop our crusade.

PUBLIC POLICY BASED ON GUIDING PRINCIPLES

However much we might wish good health and happiness for everyone, we all know how fragile both are. Above all, we realize that health and happiness cannot be forced on a person, especially not by criminal law based on a specific concept of what is morally right. No matter how attractive calls for a drug-free society might be, and even if some people might want others to stop smoking, drinking alcohol, or smoking joints, we all realize that these activities are well and truly part of social reality and the history of humankind.

Consequently, what role should the State play? It should neither abdicate responsibility and allow drug markets to run rife, nor should it impose a particular way of life on people. Instead, we have opted for a concept whereby public policy promotes and supports freedom for individuals and society as a whole. For some, this would undoubtedly mean avoiding drug use. However, for others, the road to freedom might be via drug use. For society as a whole, this concept means a State that does not dictate what should be consumed and under what form. Support for freedom necessarily means flexibility and adaptability. It is for this reason that public policy on cannabis has to be clear while at the same time tolerant, to serve as a guide while at the same time avoiding imposing a single standard. This concept of the role of the State is based on the principle of autonomy and individual and societal responsibility. Indeed, it is much more difficult to allow people to make their own decisions because there is less of an illusion of control. It is just that: an illusion. We are all aware of that. It is perhaps sometimes comforting, but is likely to lead to abuse and unnecessary suffering. An ethic of responsibility teaches social expectations (not to use drugs in public or sell to children), responsible behaviour (recognizing at-risk behaviour and

being able to use moderately) and supports people facing hardship (providing a range of treatment).

From this concept of government action ensues a limited role for criminal law. As far as cannabis is concerned, only behaviour causing demonstrable harm to others shall be prohibited: illegal trafficking, selling to minors, impaired driving.

Public policy shall also draw on available knowledge and scientific research but without expecting science to provide the answers to political issues. Indeed, scientific knowledge does have a major role to play as a **support tool in decision-making**, at both an individual and government level. Indeed, science should play no greater role. It is for this reason that the Committee considers that a drug and dependency observatory and a research program should be set up: to help those decision makers that will come after us.

A CLEAR AND COHERENT FEDERAL STRATEGY

Although the Committee has focused on cannabis, we have nevertheless observed inherent shortcomings in the federal drug strategy. Quite obviously, there is no real strategy or focused action. Behind the supposed leadership provided by Health Canada emerges a lack of necessary tools for action, a patchwork of ad hoc approaches from one substance to another and piecemeal action by various departments. Of course, co-ordinating bodies do exist, but without real tools and clear objectives, each focuses its action according to its own particular priorities. This has resulted in a whole series of funded programs developed without any tangible cohesion.

Many stakeholders have expressed their frustration to the Committee at the jig-saw of seemingly evanescent pieces and at the whole gamut of incoherent decisions, which cause major friction on the front lines. Various foreign observers also expressed their surprise that a country as rich as Canada, which is not immune to psychoactive substance-related problems, did not have a "champion", a spokesperson or a figure of authority able to fully grasp the real issues while at the same time obtaining genuine collaboration of all stakeholders.

It is for this reason that we are recommending the creation of the position of National Advisor on Psychoactive Substances and Dependency to be attached to the Privy Council. We do not envisage this as a super body responsible for managing psychoactive substance-related budgets and action. In fact, we favour an approach similar to that of the *Mission interministérielle à la drogue et à la toxicomanie* in France over one modelled on the United States' Office of National Drug Control Policy. The Advisor would have a small dedicated staff, with the majority of staff loaned from the various federal departments and bodies concerned by the drugs issue.

The Advisor would be responsible: for advising the Cabinet and the Prime Minister on national and international psychoactive substance-related issues; for ensuring co-ordination between federal departments and agencies; for overseeing the development of federal government psychoactive substance-related objectives and ensuring these objectives are satisfied; and to serve as a Canadian Government spokesperson on psychoactive substance-related issues at an international level.

Recommendation 1

The Committee recommends that the position of National Advisor on Psychoactive Substances and Dependency be created within the Privy Council Office; that the Advisor be supported by a small secretariat and that federal departments and agencies concerned by psychoactive substances second, upon request, the necessary staff.

NATIONAL STRATEGY SUSTAINED BY ADEQUATE RESSOURCES AND TOOLS

A federal policy and strategy do not in themselves make a national strategy. Provinces, territories, municipalities, community organizations and even the private sector all have a role to play in accordance with their jurisdiction and priorities. This is necessary and this diversity is worth encouraging. However, some harmonization and meaningful discussion on practices and pitfalls, on progress and setbacks, and on knowledge, are to be encouraged. Apart from the resource-starved piecemeal action of the Canadian Centre on Substance Abuse, there are all too few opportunities and schemes to promote exchanges of this type. The current and future scale of drug and dependency-related issues warrants the Canadian Government earmarking the resources and developing the tools with which to develop fair, equitable and well-thought out policies.

Like the majority of Canadian and foreign observers of the drug situation, we were struck by the relative lack of tools and measures for determining and following up on the objectives of public psychoactive substance policy. One might not agree with the numbers-focused goals set out by the Office of National Drug Control Policy for the reduction of drug use or for the number of drug treatment programs set up and evaluated. However, we have to admit that at least these figures serve as guidelines for all stakeholders and as benchmarks against which to measure success.

Similarly, one might not feel totally comfortable with the complex Australian goal-definition process, whereby the whole range of partners from the various levels of government, organizations and associations meet at a conference every five years. However, at least those goals agreed upon by the various stakeholders constitute a clear reference framework and enable better harmonization of action.

The European monitoring system with its focal points in each European Union country under the European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction umbrella might seem cumbersome; and the American system of conducting various annual epidemiological studies might appear expensive. We might even acknowledge that there are problems with epidemiological studies, which are far from providing a perfect picture of the psychoactive substance-use phenomena. However, at least these tools, referred to and used throughout the Western world, enable the development of a solid information base, with which to analyse historical trends, identify new drug-use phenomena and react rapidly. In addition, it allows for an assessment of the relevance and effectiveness of action taken. No system of this type exists in Canada, which is the only industrialized Western country not to have such a knowledge structure.

It is for these reasons that the Committee recommends that the Government of Canada support various initiatives to develop a genuine national strategy. Firstly, the Government should call a national conference of the whole range of partners with a view to setting out goals and priorities for action over a five-year period. This conference should also identify indicators to be used in measuring progress at the end of the five-year period. Secondly, the Canadian Centre on Substance Abuse needs to be renewed. Not only does this body lack resources but it is also subject to the vagaries of political will of the Minister of Health. The Centre should have a budget in proportion with the scale of the psychoactive substance problem and should have the independence required to address this issue. Lastly, a Canadian Monitoring Agency on Drugs and Dependency should be created within the Centre.

Recommendation 2

The Committee recommends that the Government of Canada mandate the National Advisor on Psychoactive Substances and Dependency to call a high-level conference of key stakeholders from the provinces, territories, municipalities and associations in 2003, to set goals and priorities for action on psychoactive substances over a five-year period.

Recommendation 3

The Committee recommends that the Government of Canada amend the Canadian Centre on Substance Abuse enabling legislation to change the Centre's name to the Canadian Centre on Psychoactive Substances and Dependency; make the Centre reportable to Parliament; provide the Centre with an annual basic operating budget of 15 million dollars, to be increased annually; require the Centre to table an annual report on actions taken, the key issues, research and

trends in the federal Parliament and provincial and territorial assemblies and legislatures; mandate the Centre to ensure national co-ordination of research on psychoactive substances and dependency, and to conduct studies into specific issues; and mandate the Centre to undertake an assessment of the national strategy on psychoactive substance and dependency every five years.

Recommendation 4

The Committee recommends that in the legislation creating the Canadian Centre on Psychoactive Substances and Dependency, the Government of Canada specifically include provision for the setting up of a Monitoring Agency on Psychoactive Substances and Dependency within the Centre; provide that the Monitoring Agency be mandated to conduct studies every two years, in co-operation with relevant bodies, on drug-use trends and dependency problems in the adult population; work with the provinces and territories towards increased harmonization of studies of the student population and to ensure they are carried out every two years; conduct ad hoc studies on specific issues; and table a bi-annual report on drug-use trends and emerging problems.

A PUBLIC HEALTH POLICY

When cannabis was listed as a prohibited substance in 1923, no public debate or discussion was held on the known effects of the drug. In fact, opinions expressed were disproportionate to the dangers of the substance. Half a century later, the Le Dain Royal Commission of Inquiry on the Non-Medical Use of Drugs held a slightly more rational debate on cannabis and took stock of what was known about the drug. Commissioners were divided not so much over the nature and effects of the drug but rather over the role to be played by the State and criminal law in addressing public health-related goals. Thirty years after the Le Dain Commission report, we are able to categorically state that, used in moderation, cannabis in itself poses very little danger to users and to society as a whole, but specific types of use represent risks for users.

In addition to being ineffective and costly, criminalization leads to a series of harmful consequences: users are marginalized and exposed in a discriminatorily fashion to the risk of arrest and to the criminal justice system; society sees organized crime

enhance their power and wealth by benefiting from prohibition; and governments see their ability to conduct prevention of at-risk use diminished.

We would add that, even if cannabis were to have serious harmful effects, one would have to question the relevance of using the criminal law to limit these effects. We have demonstrated that criminal law is not an appropriate governance tool for matters relating to personal choice and that prohibition is known to result in harm which often outweighs the desired positive effects. However, current scientific knowledge on cannabis, its effects and consequences are such that this issue is not relevant to our discussion.

Indeed available data indicate that the scale of the cannabis use phenomenon can no longer be ignored. Chapter 6 indicated that no fewer than 30% of Canadians (12 to 64 years old) have experimented with cannabis at least once in their lifetime. In all probability, this is an underestimation. We have seen that approximately 50% of high school students have used cannabis within the past year. Nevertheless, a high percentage of them stop using and the vast majority of those who experiment do not go on to become regular users. Even among regular users, only a small proportion develop problems related to excessive use, which may include some level of psychological dependency. Consumption patterns among cannabis users do not inevitably follow an upward curve but rather a series of peaks and lulls. Regular users also tend to have a high consumption rate in their early twenties, which then either drops off or stabilizes, and in the vast majority of cases, ceases altogether in their thirties.

All of this does not in any way mean, however, that cannabis use should be encouraged or left totally unregulated. Clearly, it is a psychoactive substance with some effects on cognitive and motor functions. When smoked, cannabis can have harmful effects on the respiratory airways and is potentially cancerous. Some vulnerable people should be prevented, as much as possible, from using cannabis. This is the case for young people under 16 years of age and those people with particular conditions that might make them vulnerable (for example those with psychotic predispositions). As with alcohol, adult users should be encouraged to use cannabis in moderation. Given that, as for any substance, at-risk use does exist, preventive measures and detection tools should be established and treatment initiatives must be developed for those who use the drug excessively. Lastly, it goes without saying that education initiatives and severe criminal penalties must be used to deter people from operating vehicles under the influence of cannabis.

As for any other substance, there is at-risk use and excessive use. There is no universally accepted criterion for determining the line between regular use, at-risk use and excessive use. The context in which use occurs, the age at which users were introduced to cannabis, substance quality and quantity are all factors that play a role in the passage from one type of use to another. Chapters 6 and 7 identified various criteria, which we have collated in table form below.

Proposed Criteria for Differentiating Use Types

	Environment	Quantity	Frequency	Period of use and intensity
Experimental / Occasional	Curiosity	Variable	A few times over lifetime	None
Regular	Recreational, social Mainly in evening Mainly in a group	A few joints Less than one gram per month	A few times per month	Spread over several years but rarely intensive
At-risk	Recreational and occupational (to go to school, to go to work, for sport) Alone, in the morning Under 16 years of	Between 0.1 and 1 gram per day	A few times per week, evenings, especially weekends	Spread over several years with high intensity periods
Excessive	age Occupational and personal problems No self regulation of use	Over one gram per day	More than once per day	Spread over several years with several months at a time of high intensity use

If cannabis itself poses very little danger to the user and to society as a whole, some types of use involve risks. It is time for our public policy to recognize this and to focus on preventing at-risk use and on providing treatment for excessive cannabis users.

Recommendation 5

The Committee recommends that the Government of Canada adopt an integrated policy on the risks and harmful effects of psychoactive substances covering the whole range of substances (medication, alcohol, tobacco and illegal drugs). With respect to cannabis, this policy shall focus on educating users, detecting and preventing atrisk use and treating excessive use.

A REGULATORY APPROACH TO CANNABIS

The prohibition of cannabis does not bring about the desired reduction in cannabis consumption or problem use. However, this approach does have a whole series of harmful consequences. Users are marginalized and over 20,000 Canadians are arrested each year for cannabis possession. Young people in schools no longer enjoy the same constitutional and civil protection of their rights as others. Organized crime benefits from prohibition and the criminalization of cannabis enhances their power and wealth. It is a well-known fact that society will never be able to stamp out drug use – particularly cannabis use.

Some might believe that an alternative policy signifies abandoning ship and giving up on promoting well-being for Canadians. Some might maintain that a regulatory approach would fly in the face of the fundamental values of our society. We believe, however, that the continued prohibition of cannabis jeopardizes the health and well-being of Canadians much more than the regulated marketing of the substance. In addition, we believe that the continued criminalization of cannabis undermines the fundamental values set out in the *Canadian Charter of Rights and Freedoms* and borne out by the history of a country based on diversity and tolerance.

We do not want to see cannabis use increase, especially among young people. Of note, the data from other countries that we compared in Chapters 6 and 20 indicate that countries such as the Netherlands, Australia or Switzerland, which have put in place a more liberal approach, have not seen their long-term levels of cannabis use rise. The same data also clearly indicate that countries with a very restrictive approach, such as Sweden and the United States, are poles apart in terms of cannabis use levels, and that countries with similar liberal approaches such as the Netherlands and Portugal are also at opposite ends of the spectrum, falling somewhere between Sweden and the United States. We have concluded that public policy itself has little effect on cannabis use trends and that other more complex and poorly-understood factors play a greater role in explaining the variations.

An exemption regime making cannabis available to those over the age of 16 would probably lead to an increase in cannabis use for a certain period. Use rates would then level out as interest wanes and as effective prevention programs are set up. This would then be followed by a roller-coaster pattern of highs and lows, as has been the case in most other countries.

This approach is neither one of total abdication nor a sign of giving up but rather a vision of the role of the State and criminal law as **developing and promoting but not controlling human action** and as **stipulating only necessary prohibitions** relating to the fundamental principle of respect for life, others and a harmonious community, and as **supporting and assisting others and not** judging and condemning difference.

We might wish for a drug-free world, fewer tobacco smokers or alcoholics or less prescription drug dependency, but we all know that we shall never be able to eliminate these problems. More importantly, we should not opt to criminalize them. The Committee believes that the same healthy and respectful approach and attitude should be applied to cannabis.

It is for this reason that the Committee recommends that the Government of Canada amend the Controlled Drugs and Substances Act to create a criminal exemption scheme for the production and sale of cannabis under the authority of a licence. Licensing and the production and sale of cannabis would be subject to specific conditions, that the Committee has endeavoured to specify. For clarity's sake, these conditions have been compiled at the end of this section. It should be noted at the outset that the Committee suggests that cigarette manufacturers be prohibited from producing and selling cannabis.

Recommendation 6

The Committee recommends that the Government of Canada amend the Controlled Drugs and Substances Act to create a criminal exemption scheme. This legislation should stipulate the conditions for obtaining licences as well as for producing and selling cannabis; criminal penalties for illegal trafficking and export; and the preservation of criminal penalties for all activities falling outside the scope of the exemption scheme.

Recommendation 7

The Committee recommends that the Government of Canada declare an amnesty for any person convicted of possession of cannabis under current or past legislation.

A COMPASSION-BASED APPROACH FOR THERAPEUTIC USE

In Chapter 9, we noted that cannabis has not been approved as a medicinal drug in the pharmacological sense of the word. In addition to the inherent difficulties in conducting studies on the therapeutic applications of cannabis, there are issues arising from the current legal environment and the undoubtedly high cost to governments of conducting such clinical studies.

Nevertheless, we do not doubt that, for some medical conditions and for certain people, cannabis is indeed effective and useful therapy. Is it more effective than other types of medication? Perhaps not. Can physicians currently prescribe cannabis at a known dosage? Undoubtedly not. Should persons suffering from certain physical

conditions diagnosed by qualified practitioners be permitted to use cannabis if they wish to do so? Of this, we are convinced.

Regulations made in 2001 by the Health Canada, even though they are a step in the right direction, are fundamentally unsatisfactory. They do not facilitate access to therapeutic cannabis. They do not consider the experience and expertise available in compassion clubs. These regulations only govern marijuana and do not include cannabis derivatives such as hashish and cannabis oils.

It is for these reasons that the Committee recommends that Health Canada amend the *Marihuana Medical Access Regulations* in order to allow compassionate access to cannabis and its derivatives. As in the previous chapter, proposed rules have been compiled at the end of this chapter.

Recommendation 8

The Committee recommends that the Marihuana Medical Access Regulations be amended to provide new rules regarding eligibility, production and distribution of cannabis for therapeutic purposes. In addition, research on cannabis for therapeutic purposes is essential.

PROVISIONS FOR OPERATING A VEHICLE UNDER THE INFLUENCE OF CANNABIS

In chapter 8, we discussed the fact that research has not clearly established the effects of cannabis when taken alone on a person's ability to operate a vehicle. Nevertheless, there is enough evidence to suggest that operating a vehicle while under the influence of cannabis alters motor functions and effects a person's ability to remain in his or her lane. We have also established that the combined effects of cannabis and alcohol impair faculties even more than alcohol taken alone. Epidemiological studies have shown that a certain number of cannabis users do drive under the influence of the substance and that a large proportion of these people, mainly the young, appear to believe that cannabis does not impair their ability to drive.

This chapter also indicated that no reliable and non-intrusive road-side detection tools exist. Saliva-based equipment is a promising development but for the time being, provide random results. We have also established that a visual recognition system, which has mainly been developed and assessed in the United States, is a reliable way of detecting drug-induced impaired driving faculties.

Recommendation 9

The Committee recommends that the Criminal Code be amended to lower permitted alcohol levels to 40 milligrams of alcohol per 100 millilitres of blood, in the presence of other drugs, especially, but not exclusively cannabis; and to admit evidence from expert police officers trained in detecting persons operating vehicles under the influence of drugs.

RESEARCH

Research on psychoactive substances, and particularly on cannabis, has undergone a boom over the past 20 years. The Committee was able to fully grasp the actual extent of this increase, since we faced the challenge of summarizing it. Not all research is of the same quality and the current political and legal climate governing cannabis hampers thorough and objective studies. Nevertheless, a solid fact base was available to the Committee, on which to base its foregoing conclusions and recommendations.

However, more research needs to be done in a certain number of specific areas. In Chapter 6, we established that a lack of practical research on cannabis users has resulted in only a limited amount of information on contexts of use being available. It is also currently difficult to establish criteria on the various types of cannabis use in order to guide those responsible for prevention. The Committee suggests that cannabis use of over one gram per day constitutes excessive use and that between 0.1 and one gram per day equates to at-risk use. We also suggest that any use below 16 years of age is at-risk use. This is of course enlightened speculation, but speculation nevertheless, which remains to be explored.

In Chapters 16 and 17, we referred to the fact that we know very little about the most effective prevention practices and treatment. Here also, the current context hindered. As far as prevention is concerned, the more or less implicit "just say no" message and the focus on cannabis use prevention are strategies that have been dictated by the prohibition-based environment. In terms of treatment for problem users, abstinence-based models have long been the dominant approach and continue to sit very poorly with harm-reduction-based models. Thorough assessment studies are required.

The Canadian Centre on Psychoactive Substances and Dependency must play a key role in co-ordinating and publishing the results of studies. The Centre does not have to conduct research itself. This can and indeed must sometimes be carried out by academics. The Health Research Institutes are also natural players. However, it is important to clearly identify a single central body to collect research information. This will enable the information to be distributed as widely possible and, we hope, used.

Recommendation 10

The Committee recommends that the Government of Canada create a national fund for research on psychoactive substances and dependency to fund research on key issues - more particularly on various types of use, on the therapeutic applications of cannabis, on tools for detecting persons operating vehicles under the influence of drugs and on effective prevention and treatment programs; that the Government of Canada mandate the Canadian Centre on Psychoactive Substances and Dependency to co-ordinate national research and serve as a resource centre.

CANADA'S INTERNATIONAL POSITION

The Committee is well aware that were Canada to choose the rational approach to regulating cannabis that we have recommended, it would be in contravention of the provisions of the various international conventions and treaties governing drugs. We are also fully aware of the diplomatic implications of this approach, in particular in relation to the United States.

We are keen to avoid replicating, at the Canada-US border, the problems that marked relations between the Netherlands, France, Belgium and Germany over the issue of drugs-tourism between 1985 and 1995. This is one of the reasons that justifies restricting the distribution of cannabis for recreational purposes to Canadian residents.

We are aware of the fact that a significant proportion of the cannabis produced in Canada is exported, mainly to the United States. We are also aware that a considerable proportion of heroin and cocaine comes into Canada via the United States. We are particularly cognisant of the fact that Canadian cannabis does not explain the increase in cannabis use in the United States. It is up to each country to get its own house in order before criticizing its neighbour.

Internationally, Canada will either have to temporarily withdraw from the conventions and treaties or accept that it will be in temporary contravention until the international community accedes to its request to amend them. The Committee opts for the second approach, which seems to us to be more consistent with the tradition and spirit of Canadian foreign policy. In addition, we have seen that international treaties foster the imbalanced relationship between the Northern and Southern hemispheres by prohibiting access to plants, including cannabis, produced in the Southern hemisphere, while at the same time developing a regulatory system for medication manufactured by the pharmaceutical industry in the Northern hemisphere.

Canada could use this imbalanced situation to urge the international community to review existing treaties and conventions on psychoactive substances.

Canada can and indeed should provide leadership on drug policy. Developing a national information and action infrastructure would undoubtedly be key to this. Canada must also play a leading role in the Americas. We believe that Canada enjoys a favourable international reputation and that it can promote the development of fairer and more rational drug—in particular cannabis—policies. We also contend that Canada should strive for the creation of a European Observatory-style Drug and Dependency Observatory for the Americas within the Organization of American States.

Recommendation 11

The Committee recommends that the Government of Canada instruct the Minister of Foreign Affairs and International Trade to inform the appropriate United Nations authorities that Canada is requesting that conventions and treaties governing illegal drugs be amended; and that the development of a Drugs and Dependency Observatory for the Americas be supported by the Government of Canada.

PROPOSALS FOR IMPLEMENTING THE REGULATION OF CANNABIS

FOR THERAPEUTIC AND RECREATIONAL PURPOSES

Amendments to the Marihuana Medical Access Regulations (Production and sale of cannabis for therapeutic purposes)

A. Eligible person

A person affected by one of the following: wasting syndrome; chemotherapy treatment; fibromyalgia; epilepsy; multiple sclerosis; accident-induced chronic pain; and some physical condition including migraines and chronic headaches, whose physical state has been certified by a physician or an individual duly authorized by the competent medical association of the province or territory in question, may choose to buy cannabis and its derivatives for therapeutic purposes. The person shall be registered with an accredited distribution centre or with Health Canada.

B. Licence to distribute

A Canadian resident may obtain a licence to distribute cannabis and its derivatives for therapeutic purposes. The resident must undertake to only sell cannabis and its derivatives to eligible persons; to only sell cannabis and its derivatives purchased from producers duly licensed for this purpose; to keep detailed records on the medical conditions and their development, consumption and the noted effects on patients; to take all measures needed to ensure the safety of the cannabis products and to submit to departmental inspections.

C. Licence to produce

A Canada resident may obtain a licence to produce cannabis and its derivatives for therapeutic purposes. The resident must undertake: not to hold a licence to produce cannabis for non therapeutic purposes; to take the measures necessary to ensure the consistency, regularity and quality of crops; to take the measures necessary to ensure the security of production sites; to know and document the properties and concentrations of each harvest with respect to Delta 9 THC; to sell only to accredited distribution centres and to submit to departmental inspections.

D. Other proposals

• Ensure that expenses relating to the use of cannabis for therapeutic purposes will be eligible for a medical expenses tax credit;

- Establish a program of research into the therapeutic applications of cannabis, by providing sufficient funding; by mandating the *Canadian Centre on Psychoactive Substances and Dependency* to co-ordinate the research program; and by providing for the systematic study of clinical cases based on the documentation available in organizations currently distributing cannabis for therapeutic purposes and in future distribution centres; and
- Ensure that the advisory committee on the therapeutic use of cannabis represents all players, including distribution centres and users.

Amendment to the Controlled Drugs and Substances Act (CDSA) (Production and sale of cannabis for non therapeutic purposes)

A. General aims of the bill

- To reduce the injurious effects of the criminalization of the use and possession of cannabis and its derivatives;
- To permit persons over the age of 16 to procure cannabis and its derivatives at duly licensed distribution centres; and
- To recognize that cannabis and its derivatives are psychoactive substances that
 may present risks to physical and mental health and, to this end, to regulate the
 use and trade of these substances in order to prevent at-risk use and excessive
 use.

B. Licence to distribute

Amend the Act to create a criminal exemption scheme to the criminal offences provided in the CDSA with respect to the distribution of cannabis. A Canadian resident could obtain a licence to distribute cannabis. The resident must undertake not to distribute to persons under the age of 16; must never have been sentenced for a criminal offence, with the exception of offences related to the possession of cannabis, for which an amnesty will be declared, and must agree to procure cannabis only from duly licensed producers. In addition, in accordance with the potential limits imposed by the *Canadian Charter of Rights and Freedoms*, licensed distributors shall not display products explicitly and shall not advertise in any manner.

C. Licence to produce

Amend the Act to create a criminal exemption scheme to the criminal offences provided in the CDSA with respect to the production of cannabis. A Canadian resident could obtain a licence to produce cannabis. The resident must undertake to only sell to duly licensed distributors; to sell only marihuana and hashish with a

THC content of 13% or less; to limit production to the quantity specified in the licence; to take the measures needed to ensure the security of production sites; to keep detailed records of quantities produced, crops, levels of THC concentration and production conditions; and to submit to departmental inspections. No person charged with and sentenced for criminal offences, with the exception of the possession of cannabis, for which an amnesty will be declared, shall be granted a licence. No person or legal entity, directly or indirectly associated with the production, manufacture, promotion, marketing or other activity connected with tobacco products and derivatives shall be granted a licence. In accordance with the potential limits imposed by the *Canadian Charter of Rights and Freedoms*, cannabis products and their derivatives shall not be advertised in any manner.

D. Production for personal use

Amend the Act to create a criminal exemption scheme to the criminal offences provided in the CDSA in order to permit the personal production of cannabis so long as it is not sold for consideration or exchange in kind or other and not advertised or promoted in any other way. In addition, quantities shall be limited to ensure production is truly for personal consumption.

E. Consumption in public

Consumption in public places shall be prohibited.

F. International trade

All forms of international trade, except those explicitly permitted under the Act shall be subject to the penalties provided in the CDSA for illegal trafficking.

G. Other proposals

- Ensure the establishment of a National Cannabis Board with duly mandated representatives of the federal government and the governments of the provinces and territories. The Board would keep a national register on the production and sale of cannabis and its derivatives, set the amount and distribution of taxes taken on the sale of cannabis products and ensure the taxes collected on the production and sale of cannabis and derivatives are directed solely to prevention of at-risk use, treatment of excessive users, research and observation of trends and the fight against illegal trafficking.
- The provinces and territories would continue to develop prevention measures that should be directed at at-risk use, as a priority. The *Canadian Centre on Psychoactive Substances and Dependency* should be mandated

- to collect best prevention practices and ensure an exchange of information on effective practices and their evaluation.
- The provinces and territories would continue to develop support and treatment measures that should be directed at excessive use, as a priority. The *Canadian Centre on Psychoactive Substances and Dependency* should be mandated to collect best prevention practices and ensure an exchange of information on effective practices and their evaluation.
- Increase resources available to police and customs to fight smuggling, export in all its forms and cross-border trafficking.

BIBLIOGRAPHY

I - BIBLIOGRAPHICAL REFERENCES

- Abt Associates. 2001. The Price of Illicit Drugs: 1981 through the Second Quarter of 2000. Washington (D.C.): Office of National Drug Control Policy
- Adhikari, P. and A. Summerill. 2000. 1998 National Drug Strategy Household Survey: Detailed Findings. Canberra: Australian Institute of Health and Welfare. (Drug Statistics Series No. 6). (Available online at: http://www.aihw.gov.au/publications/health/ndshs98d/index.html)
- Adlaf, E.M. and A. Ialomiteanu. 2000. CAMH Monitor Report: Addiction and Mental Health Indicators among Ontario Adults, 1977-2000. Toronto: Centre for Addiction and Mental Health.
- Adlaf, E.M. and A. Paglia. 2001. Drug Use among Ontario Students 1977-2001. Findings from the OSDUS. Toronto: Centre for Addiction and Mental Health.
- Aebi, M.F., Killias, M. and D. Ribeau. 1999. «Prescription médicale de stupéfiants et délinquance : Résultats des essais suisses ». *Criminologie* 32(2) : 127-148.
- Alexander, B.K. 2000. «The globalization of addiction. » Addiction Research. 8(6): 504.
- Ali, R. et. al. 1998. The Social Impacts of the Cannabis Expiation Notice Scheme in South Australia. Canberra:

 Department of Health and Aged Care. (Available online at:

 http://www.health.gov.au/pubhlth/publicat/drugs.htm)
- Allain, J. 1997. Bill C-8: The Controlled Drugs and Substances Act. Ottawa: Library of Parliament Parliamentary Research Branch.
- Allan, Travis. 2001. « Drug Laws: the debate nobody wants ». The Guardian. May 14.
- Anslinger H.J. and W. Oursler. «The War against the Murderers». in Walker III, W.O. (ed.). 1996. Drugs in the Western Hemisphere: An Odyssey of Cultures in Conflict. Wilmington (Delaware): Scholarly Resources Inc.
- Anthony J.C. and J.E. Helzer. 1991. «Syndromes of Drug Abuse and Dependence ». in Robins, L.N. and D.A. Regier (eds.). 1991. *Psychiatric Disorders in America*. New York. Free Press: 116-154
- Anthony, J.C. et. al. 1994. «Comparative Epidemiology of Dependence on Tobacco, Alcohol, Controlled Substances and Inhalants: Basic Findings from the National Comorbidity Survey ». Experimental and Clinical Psychopharmacology. 2: 244-268.
- Aquatias. S. et. al. 1997. L'usage dur des drogues douces, recherche sur la consommation de cannabis dans la banlieue parisienne. Paris : OFDT.

- Aquatias, S. 1999. «Usages du cannabis et situations sociales: Réflexion sur les conditions sociales des différentes consommations possibles de cannabis.» in Faugeron, C. (ed.). 1999. Les drogues en France. Paris : Georg.
- Ashton, C.H. 2001. «Pharmacology and Effects of Cannabis: A brief review.» *British Journal of Psychiatry*. 178: 101-106.
- Ati-Dion, G. 1999. The Structure of Drug Prohibition in International Law and in Canadian Law. Montreal: University of Montreal School of Criminology.
- Bala, N. and al. (dir.). 2002. Juvenile Justice Systems: An International Comparison of Problems and Solutions. Toronto: Thompson Educational Publishing.
- Barré, M.D., Pottier, M.L. et S. Delaître. 2001. Toxicomanie, police, justice: trajectoires pénales. Paris: OFDT.
- Beardsley, R.M et. al. 1986. «Dependence on THC in rhesus monkeys ». Journal of Pharmacology and Experimental Therapeutics . Exp. Ther. 239(2): 311-319.
- Beauchesne, Line. 1991. La légalisation des drogues... Pour mieux en prévenir les abus. Montreal : Méridien.
- Beauchesne, Line. 1999. «À propos du cannabis, que faire? ». L'écho-toxico. Fall 1999. 9(2).
- Belenko, Steven R. (dir.). 2000. Drugs and Drug Policy in America: A Documentary History. Westport (Connecticut): Greenwood Press.
- Beltrame, Julian. 2001. «Reefer Madness: The Sequel.» MacLean's. 114(32): 22-25.
- Bergeron, H. 1996. Soigner la toxicomanie. Les dispositifs de soins entre idéologie et action. Paris : L'Harmattan.
- Bergeron, H. 1998. «Comment soigner les toxicomanes? », Sociétal, June-July 1998 : 45-49.
- Bernat de Celis, J. 1996. Drogues: Consommation interdite. Paris: L'Harmattan.
- Bewley-Taylor, D.R. 1999. The United States and International Drug Control. London et New York: Printer.
- Bigelow, G.E. 1985. Identifying Types of Drug Intoxication: Laboratory Evaluation of a Subject-Examination Procedure. Quoted in Sandler, D. 2000. «Expert and Opinion Testimony of Law Enforcement Officers Regarding Identification of Drug Impaired Drivers.». University of Hawaii Law Review 23(1): 150-181.
- Bisiou, Y., (1999) « Histoire des politiques criminelles : Le cas des régies françaises des stupéfiants. » in Faugeron, C., (ed.). 1999. Les drogues en France. Politiques, marchés, usages. Paris : Georg.
- Boekhout van Solinge, T. 1997 The Swedish Drug Control System: An in-depth Review and Analysis. Amsterdam: Centre for Drug Research University of Amsterdam.
- Boekhout van Solinge, T. 1998. «La Politique de drogue aux Pays-Bas: un essai de changement ». Déviance et Société. 22 : 69 à 71.
- Boggio, Y. et. al. 1997. Apprendre à gérer : La politique suisse en matière de drogue. Genève : Georg.

- Boyd, N. 1991. High society: Illegal and Legal Drugs in Canada. Toronto: Key Porter Books.
- Brereton, D. 2000. «The History and Politics of Prohibition». in Stokes, G., Chalk, P. and K. Gillen. 2000. Drugs and Democracy: In search of new directions. Carlton South: Melbourne University Press.
- British Columbia Compassion Club Society. 2001. BCCCS Response to Health Canada's Proposed Medical Marijuana Access Regulations. Vancouver. May 4, 2001.
- Brucker, Theresa. 2002. The Practical Guide to the Controlled Drugs and Substances Act. Scarborough: Carswell (Fourth Edition).
- Bruun, Kettil, Pan, L. and I. Rexed. 1975. The Gentlemen's Club: International Control of Drugs and Alcohol. Chicago: University of Chicago Press.
- Caballero, F. and Y. Bisiou (2000) Droit de la drogue. Paris : Dalloz (Second Edition).
- Campbell, I. 1976. "The Amotivational Syndrome and Cannabis Use with Emphasis on the Canadian Scene". *Annals of the New York Academy of Sciences*. 282: 33-36.
- Campodònico, H. 1996. «Drug Trafficking, Money and Neo-liberal Economics: Perverse Effects for a Developing Country.» in Dorn, N. et. alii. (eds.). 1996. European Drug Policies and Enforcement. London: Macmillan Press.
- Canada. 1970. Interim Report of the Commission of Inquiry into Non-Medical Use of Drugs. (Le Dain Commission) Ottawa: Information Canada.
- Canada. 1972. Cannabis: A Report of the Commission of Inquiry into Non-Medical Use of Drugs. (Le Dain Commission) Ottawa: Information Canada.
- Canada. 1973. Final Report of the Commission of Inquiry into Non-Medical Use of Drugs. (Le Dain Commission) Ottawa: Information Canada.
- Canada. 1987. Federal Government Launches Co-ordinated Action on Drug Abuse. News Release.
- Canada. 1987. National Drug Strategy: Prevention, Treatment, Research, Control Components. Ottawa: Department of Health and Welfare.
- Canada. 1987. National Drug Strategy: International Components. Ottawa: Department of Health and Welfare.
- Canada. 1987. National Drug Strategy: Enforcement Components. Ottawa: Department of Health and Welfare.
- Canada. 1987. National Drug Strategy: Proceeds of Crime Components. Ottawa: Department of Health and Welfare.
- Canada. 1988. Action on Drug Abuse: Making a Difference. Ottawa: Department of Supply and Services.
- Canada. 1991. Canada's Drug Strategy. Canada. 1992. Canada's Drug Strategy Phase II.
- Canada. 1994. Canada's Drug Strategy Phase II: A situation paper. Ottawa: Health Canada

- Canadian Center on Substance Abuse. 1999. Canadian Profile: Alcohol, Tobacco and other Drugs. Ottawa: CCSA.
- Canadian Medical Protective Association. 2001. What To Do When Your Patients Apply For A Licence To Possess Marijuana For Medical Purposes. October 2001.
- Canadian Medical Protective Association. 2001. Letter to the Honourable Allan Rock, Q.C., November 2001.
- Canadian Police Association (CPA). 2001. Brief submitted to the Senate of Canada Special Committee on Illegal Drugs. Ottawa: CPA.
- Caplan, G.A. and B.A. Brigham. 1990. «Marijuana smoking and carcinoma of the tongue: Is there an association? ». *Cancer*: 66: 1005-1006.
- Carrier, N. 2000. Discours de patrouilleurs montréalais sur la détection de l'infraction de possession de drogues prohibées. Montreal: School of Criminology University of Montreal
- Centre canadien de lutte contre l'alcoolisme et les toxicomanies. 1996. La politique antidrogue au Canada. Mémoire au Comité permanent de la Santé de la Chambre des communes. Ottawa: CCLAT.
- Centre d'aide et d'accueil en toxicomanie (CAAT), La mise en application de la loi. (Available online at: http://caat.multimania.com/info/app_loi.htm.)
- Cesoni, L.L. 1999. Usage et actes préparatoires de l'usage des drogues illicites : les choix en matière d'incrimination Analyse comparative de l'usage de drogues illicites de sept législations européennes. in Conseil fédéral suisse. 2001. Message concernant la révision de la loi sur les stupéfiants.
- Changeux, J.P. and P. Ricoeur. 1998. Ce qui nous fait penser. La nature et la règle. Paris : Odile Jacob.
- Channabasavanna, M, et. al. 1999. «Mental and behavioural disorders due to cannabis use». in Kalant H. et. al. (eds.). 1999. *The Health Effects of Cannabis*, Toronto: CAMH.
- Charras, I. 1998. «L'État et les stupéfiants : archéologie d'une politique publique répressive. » in *Drogue*. Du bon usage des politiques publiques. Les cahiers de la sécurité intérieure. (32).
- Chatterjee, S.K. 1988. A Guide to the International Drugs Conventions. London: Commonwealth Secretariat
- Chevalier, S. and O. Lemoine. 2000. «Consommation de drogues et autres substances psychoactives » in Enquête sociale et de santé 1998. Québec : Institut de la statistique du Québec
- Cienski, Jan and C. Hanlon. 2002. "U.S. fears drug spillover from Canada: Border seizures up dramatically in wake of Sept. 11." National Post. 17 mai : A 12.
- Clark, P.A.. 2000. «The Ethics of Medical Marijuana: government restrictions vs. medical necessity.». Journal of Public Health Policy. 21: 40-60.

- Cohen, P.D.A. and H.L. Kaal. 2001. The Irrelevance of Drug Policy: Patterns and careers of experienced cannabis use in the population of Amsterdam, San Francisco and Bremen. Amsterdam: University of Amsterdam (CEDRO).
- Collin, C. 2001. National Drug Policy: France. Ottawa: Library of Parliament Parliamentary Research Branch. (Available online at: www.parl.gc.ca/illegal-drugs.asp)
- Collin, C. 2002. National Drug Policy: Switzerland. Ottawa: Library of Parliament Parliamentary Research Branch. (Available online at: www.parl.gc.ca/illegal-drugs.asp)
- Comité consultatif national d'éthique. 1994. Rapports sur les toxicomanies. Report n 43. 23 November 1994 : 19. (Available online at: http://www.ccne-ethique.org/français/start.htm)
- Comité permanent de lutte à la toxicomanie. 1999. Avis sur la déjudiciarisation de la possession simple de cannabis. Montreal : CPLT.
- Comité permanent de lutte à la toxicomanie. 2000. Consultation 2000. La toxicomanie au Québec : Cap sur une stratégie nationale. Quebec City : CPLT.
- Comité permanent de lutte à la toxicomanie. 2001. *Drogues. Savoir plus. Risquer Moins.* Montreal : Stanké. (Quebec's Edition)
- Commission fédérale pour les questions liées aux drogues. 1999. Rapport sur le cannabis. Berne : Office fédéral de la santé publique.
- Compton, P.R. 1986. Field Evaluation of the Los Angeles Police Department Drugs Detection Procedure. Quoted in Sandler, D. 2000. «Expert and Opinion Testimony of Law Enforcement Officers Regarding Identification of Drug Impaired Drivers. ». University of Hawaii Law Review 23(1): 150-181.
- Conseil fédéral suisse. 2001. Message concernant la révision de la loi sur les stupéfiants.
- Convention against Illicit Traffic in Narcotic Drugs and Psychotropic Substances, 1988 (CTS 1990/42).
- Convention on Psychotropic Substances, 1971 (CTS 1988/35).
- Correctional Service Canada. 2001. « Profiling the drug offender population in Canadian federal corrections ». Forum on Corrections Research. 13 (3): 25-29.
- Currie, D.P. 2000. The Constitution of the United States: A Primer for the People. Chicago: University of Chicago Press.
- Curtis, C.K. 1999. The Efficacy of the Drug Abuse Resistance Education Program (DARE) in West Vancouver Schools. Part 1 Attitudes toward DARE: An examination of opinions, preferences, and perceptions of students, teachers, and parents. GRC West Vancouver.
- De Koninck, Thomas. 2002. The Role of Knowledge and Culture in Public Policy on Illegal Drugs. Quebec City:

 Laval University Professor of Philosophy. (Available online at: www.parl.gc.ca/illegal-drugs.asp)

- De Kort, M. 1994. «A Short History of Drugs in the Netherlands.» in Leuw, E. and I. Haen Marshall (eds.). 1994. Between Prohibition and Legalization. The Dutch experiment in drug policy. Amsterdam: Kugler.
- Declaration of the International Conference on Drug Abuse and Illicit Trafficking and Comprehensive Multidisciplinary Outline of Future Activities in Drug Abuse Control, Document of United Nations, ST/NAR/14, 1988.
- Department of Health and Social Affairs. 2002. National Action Plan on Narcotic Drugs, Briefing Note.
- Department of Justice United States of America. 1990. Correctional Population in the United States Prisoners in 1989. Washington (D.C.): Bureau of Justice Statistics Bulletin.
- Department of Justice of United States of America. 1991. Correctional Population in the United States Prisoners in 1990. Washington (D.C.): Bureau of Justice Statistics Bulletin.
- Department of Justice United States of America. 1992. Correctional Population in the United States Prisoners in 1991. Washington (D.C.): Bureau of Justice Statistics Bulletin.
- Department of Justice United States of America. 1992. Jail Innates 1990. Washington (D.C.): Bureau of Justice Statistics Bulletin.
- Department of Justice United States of America. 1993. Correctional Population in the United States Prisoners in 1992. Washington (D.C.): Bureau of Justice Statistics Bulletin.
- Department of Justice United States of America. 1994. Correctional Population in he United States Prisoners in 1993. Washington (D.C.): Bureau of Justice Statistics Bulletin.
- Department of Justice United States of America. 1995. *Jail and Jail Inmates 1993-1994*. Washington (D.C.): Bureau of Justice Statistics Bulletin.
- Department of Justice United States America. 1995. Correctional Population in the United States Prisoners in 1994. Washington (D.C.): Bureau of Justice Statistics Bulletin.
- Department of Justice United States of America. 1996. Correctional Population in the United States Prisoners in 1995. Washington (D.C.): Bureau of Justice Statistics Bulletin.
- Department of Justice United States of America. 1998. *Prisoners in 1997*. Washington (D.C.): Bureau of Justice Statistics Bulletin.
- Department of Justice United States of America. 1999. *Prisoners in 1998*. Washington (D.C.): Bureau of Justice Statistics Bulletin.
- Department of Justice United States of America. 2000. Prisoners in 1999. Washington (D.C.): Bureau of Justice Statistics Bulletin.
- Department of Justice United States of America. 2000. Correctional Population in the United States Prisoners in 1997. Washington (D.C.): Bureau of Justice Statistics Bulletin.

- Devane, W.A. et. al. 1992. «Isolation and structure of a brain constituent that binds to the cannabinoid receptor ». Science. 258 (5090): 1946-1949.
- Direction de la Santé publique. 1997. Les inégalités sociales de la santé. Rapport annuel 1998 sur la santé de la population. Montreal : Régie régionale de la santé et des services sociaux de Montréal-Centre.
- Dolin, B. 2001. National Drug Policy: Netherlands. Ottawa: Library of Parliament Parliamentary Research Branch. (Available online at: www.parl.gc.ca/illegal-drugs.asp)
- Dolin, B. 2002. National Drug Policy: United States of America. Ottawa: Library of Parliament Parliamentary Research Branch. (Available online at: www.parl.gc.ca/illegal-drugs.asp)
- Donald, P.J. 1991. «Marijuana and upper aerodigestive tract malignancy in young patients ». in Nahas, G. and C. Latour (eds.). 1991. *Physiopathology of Illicit Drugs: Cannabis, Cocaine, Opiates.* Oxford: 39-54.
- Donald, P.J. 1991. « Advanced malignancy in the young marijuana smoker ». in Friedman, H. et. al., (eds.). 1991. Drugs of Abuse, Immunity and Immunodeficiency. London. 33-36.
- Dorn, N. and A. Jamieson. 2001. European Drug Laws: The Room for Manoeuvre. London: DrugScope.
- Doyle, C. 2000. Drug Offences: Maximum Fines and Terms of Imprisonment for Violation of the Federal Controlled Substances Act and Related Laws. Washington (D.C.): Library of Congress Congressional Research Service.
- DrugScope. 2001. United Kingdom. Drug Situation 2000. Report to the EMCDDA. London: Drugscope.
- Dubois, François. 2002. The Federal Parliament and the Evolution of Canadian Legislation on Illegal Drugs. Ottawa: Senate Special Committee on Illegal Drugs. (Available online at: www.parl.gc.ca/illegal-drugs.asp)
- Duke, Stephen B. 1995. «Commentary: Drug Prohibition: An Unnatural Disaster ». 27 Conn. L. Rev. 571.
- DuPont, R.L. 1999. «Examining the Debate on the Use of Medical Marijuana.» Proceedings of the Association of American Physicians. 111(2): 169.
- Dupras, Daniel. 1998. Canada's International Obligations Under the Leading International Conventions on the Control of Narcotics. Ottawa: Library of Parliament Parliamentary Research Branch. (Available online at: www.parl.gc.ca/illegal-drugs.asp)
- Editorial. 1997. «Decriminalizing Drugs». Ottawa Citizen. April 12, 14, 15 and 16.
- Ehrenberg, A. 1995 L'individu incertain. Paris : Calman Lévy.
- Ehrlich, S. 2000. « The Increasing Federalization of Crime». 32 Ariz. St.L.J. 825.
- ElSohly, M.A., et. al. 2000 «Potency trends of delta9-THC and other cannabinoids in confiscated marijuana from 1980-1997. ». *Journal of Forensic Sciences*. 45(1): 24-30.

- EMCDDA. 2001. Decriminalization in Europe? Recent Developments in Legal Approaches to Drug Use. Lisbonne: EMCCDDA.
- Erickson, P. and B. Fisher. 1995. Canadian Cannabis Policy: The Impact of Criminalization, the Current Reality and Future Police Options. Bremen (Germany): Paper presented at the International Symposium on Cannabis Policy, Criminal Law and Human Rights (October 5-7 (1995)).
- European Monitoring Center for Drugs and Drug Addiction (EMCDDA) France Country Profile: French Drug Legislation. European Legal Database on Drugs. (Available online at: http://eldd.emcdda.org/databases/eldd national reviews.cfm?country=FR.)
- European Monitoring Center for Drugs and Drug Addiction. *Country Profiles Sweden*, European Legal Database on Drugs.
- European NGO Council on Drugs and Development. 2001. A Snapshot of European Drug Policies: Report on the state of drug policies in 12 European countries.
- Executive Office of the President of United States. 2001. Summary: FY 2002 National Drug Control Budget. Washington (D.C.): The White House.
- Fant, R.V. et. al. 1998. «Acute and residual effects of marijuana in humans.» *Pharmacology, Biochemistry and Behavior.* 60:777-784.
- Fergusson, D.M. and L.J. Horwood. 2000. «Cannabis use and dependence in a New Zealand birth cohort. ». New Zealand Medical Journal. 113: 156-158.
- Fischer, B. et. al. 1998. «Cannabis use in Canada: policy options for control». *Policy Options*. 19:34-38.
- Fligiel, S.E.G. et. al. 1988. « Pulmonary pathology in marijuana smokers ». in Chesher G. et. al. (eds.). 1988. *Marijuana: An International Research Report.* (National Campaign Against Drug Abuse Monograph 7: 43-48). Canberra: Australian Government Publishing Service.
- Fligiel, S.E.G. et. al. 1997. « Tracheo-bronchial histopathology in habitual smokers of cocaine, marijuana or tobacco ». *Chest.* 112: 319-326.
- Focus on the Family. 2002. Brief submitted to the Senate Special Committee on Illegal Drugs. Richmond (British Columbia).
- Fontana, James A. 1997. The Law of Search and Seizure in Canada. Toronto: Butterworths (Fourth Edition).
- Fried, P.A. 1995. «Prenatal exposure to marijuana and tobacco during infancy, early and middle childhood: Effects and attempts at a synthesis. ». Archives of Toxicology. 17.
- Fried, P.A. and B. Watkinson. 1999. «36- and 48-month neurobehavioral follow-up of children prenatally exposed to marijuana, cigarettes and alcohol». *Journal of Deviant Behavior and Pediatrics*. 11:49-58.

- Friman, H. Richard. 1996. NarcoDiplomacy: Exporting the U.S. War on Drugs, Ithaca (N.Y.): Cornell University Press.
- Gaoni, Y and R. Mechoulam. 1964. «Isolation, structure and partial synthesis of an active constituent of hashish.». Journal of the American Chemistry Society. 86: 1646-1647.
- Gardner, D. 2000. «Why the war on drug has failed: Uncle Sam's war ». Ottawa Citizen. September 5.
- Giffen, P.J., Endicott, S. and S. Lambert. 1991. Panic and Indifference: The Politics of Canada's Drug Laws, Ottawa: Canadian Centre on Substance Abuse.
- Gilmore, W. 1990. Combating International Drugs Trafficking: The 1988 United Nations Convention Against Illicit Traffic in Narcotic Drugs and Psychotropic Substances, London: Commonwealth Secretariat
- Goetz, David. 2001. Drug Prohibition and the Constitution. Ottawa: Library of Parliament Parliamentary Research Branch. (Available online at: www.parl.gc.ca/illegal-drugs.asp)
- Goodrich, Leland M. 1960. « New Trends in Narcotics Control ». International Conciliation. 530.
- Grapendaal, M., Leuw, E., and H. Nelen. 1995. A World of Opportunities: Life-Style and Economic Behaviour of Heroin Addicts in Amsterdam. New York: S.U.N.Y. Press. Quoted in Boekhout van Solinge, T. 1999. «Dutch Drug Policy in a European Context». Journal of Drug Issues. 29(3): 511. (Available online at: www.cedro-uva.org/lib/boekhout.dutch.html)
- Greater Toronto Area Combined Forces Special Unit. 2002. Fact Sheet Heroin. (Available online at: www.cfseu.org/heroin.html)
- Greene, J. and V. Schiraldi. 2002. Cutting Correctly: New Prison Policies for Times of Fiscal Crisis. Washington (D.C.): The Justice Policy Institute. (Available online at: www.cjcj.org)
- Grinspoon, L. and J.B. Bakalar. 1997. Marijuana. The Forbidden Medicine. New Haven and London: Yale University Press.
- Gurley, R.J., Aronow, R. and M. Katz. 1998. «Medicinal marijuana: A comprehensive review.». Journal of Psychoactive Drugs. 30(2): 139.
- Hall, W. 1987. «A simplified logic of causal inference». Australian and New Zealand Journal of Psychiatry. 21: 507-513.
- Hall, W. and N. Solowij. 1998. «Adverse effects of cannabis ». The Lancet. 352(9140): 6
- Harnel, D. et. al. 2001. Perceptions de la population québécoise en lien avec les programmes de prévention de la toxicomanie et du VIH. Quebec City: Institut national de santé publique du Québec.
- Hanak, C. et. al. 2002. «Cannabis, mental health and dependence.» in Pelc, I. (ed.). 2002. International Scientific Conference on Cannabis. Brussels.
- Haney, M. et. al. 1999. «Abstinence symptoms following smoked marijuana in humans» *Psychopharmacology.* 141 : 395-404.

Hansard, House of Commons, July 10, 1908.

Hansard, House of Commons, January 26, 1911.

Hansard, House of Commons, April 23, 1923.

Hansard, House of Commons, 1932.

Hansard, House of Commons, February 24, 1938.

Hansard, Senate, February 24, 1955.

Hansard, Senate, June 23, 1955.

Hansard, House of Commons, May 30, 1961.

Hansard, House of Commons, June 7, 1961.

Hansard, House of Commons, March 27, 1969.

- Hansteen, R.W, et. al. 1976. « Effects of cannabis and alcohol on automobile driving and psychomotor tracking ». *Annals of the New York Academy of Science*. 282: 240-256.
- Hartel, C.R. 1999. «Therapeutic Uses of Cannabis and Cannabinoids.» in Kalant, H. (ed.). 1999. *The Health Effects of Cannabis*. Toronto: Addiction Research Foundation.
- Hathaway, A. D. 1997. «Marijuana and lifestyle: Exploring tolerable deviance.» Deviant Behavior: An Interdisciplinary Journal. 18: 213-232.
- Hathaway, A. D. 1997. «Marijuana and tolerance: Revisiting Becker's sources of control.» Deviant Behavior: An Interdisciplinary Journal. 18: 103-124.
- Hathaway, A.D. 2001. Cannabis effects and dependency concerns in long-term frequent users: a missing piece of the public health puzzle. (Brief submitted to the Senate Special Committee on Illegal Drugs. (Available online at: www.parl.gc.ca/illegal-drugs.asp)
- Hawkins, D.J., Arthur, M.W. and R.F. Catalano. 1995. «Preventing Substance Abuse. ». in Tonry, M. and D.P. Farrington (eds.). 1995. Building a Safer Society: Strategic Approaches to Crime Prevention. Chicago: University of Chicago Press.
- Health and Welfare Canada. 1990. Straight facts about drugs & drug abuse. Ottawa: Department of Supply and Services.
- Health Canada. 1996. Evaluation of Health Canada's Contributions to Canada's Drug Strategy: Final Report. Ottawa: Canada.
- Health Canada. 1997. Evaluation of Canada's Drug Strategy: Final Report. Ottawa: Canada.
- Health Canada. 1999. Research Plan for Marijuana for Medicinal Purposes: A Status Report. Ottawa: Canada.

- Health Canada. 2000. Minister Rock announces intention to develop new approach for the use of marihuana for medical purposes. Ottawa. News Release. September 14, 2000.
- Health Canada. 2001. Marijuana Medical Access Regulations Regulatory Impact Analysis Statement. Ottawa: Canada.
- Health Canada. 2001. Marijuana Medical Access Regulations Amendments Resulting from Public Consultations. Ottawa: Canada.
- Health Canada. 2001. Medical Access to Marijuana How the Regulations Work. Ottawa: Canada.
- Henrion, R. 1995. Rapport de la Commission de réflexion sur la drogue et la toxicomanie. (Rapport au ministère des Affaires sociales, de la Santé et de la Ville). Paris : La Documentation française.
- Home Affairs Committee. 2001. Evidence to Home Affairs Committee Inquiry into Drug Policy. London: House of Commons (United Kingdom). (Available online at: http://www.drugscope.org.uk/druginfo/evidence-select/evidence-htm)
- House of Lords. 1998. Ninth Report Cannabis: The Scientific and Medical Evidence. London: Select Committee on Science and Technology.
- House of Lords. 2001. Second Report Therapeutic Uses of Cannabis. London: Select Committee on Science and Technology.
- Huestis, M.A. et. al. 1992. «Characterization of the absorption phase of marijuana smoking.» Clinical Pharmacology and Therapeutics. 52: 31-41.
- Inciardi, James A. 1986. The War on Drugs: Heroin, Cocaine, Crime, and Public Policy. Palo Alto (California): Mayfield Publishing Company.
- Inglis, B. (1975) The Forbidden Game: A Social History of Drugs. Londres: Hodder and Stoughton
- INSERM. 2001. Cannabis: Quels effets sur le comportement et la santé? Paris: Les Éditions Inserm.
- International Narcotics Control Board. 1988. Report of the International Narcotics Control Board for 1987. Vienna: United Nations.
- International Narcotics Control Board. 2002. Report of the International Narcotics Control Board for 2001. Vienna: United Nations.
- Institute of Medicine. 1982. Marihuana and Health. Washington (D.C.): National Academy of Sciences.
- Jackson, A.Y. 2002. The Costs of Drug Abuse and Drug Policy. Ottawa: Library of Parliament Parliamentary Research Branch. (Available online at: www.parl.gc.ca/illegal-drugs.asp)
- Jeffery, W.K. et. al. 1996. «The involvement of drugs in driving in Canada: An update to 1994. ». Can. Soc. Forens. Sci. J. 29 (2): 93-98.
- Johnston, L.D. et. al. 2001. Monitoring the future. National Survey Results of Drug Use, 1975-2000. Volume II College Students and Young Adults Ages 19-40. Bethseda (Michigan): NIDA.

- Joseph Rowntree Foundation. 2000. *Drugs: dilemmas, choices and the law.* York: Joseph Rowntree Foundation. (Available online at: http://www.jrf.org.uk/knowledge/findings/foundations/N70.asp)
- Joy, J.E., Watson, S.J. and J.A. Benson. 1999. Marijuana and Medicine: Assessing the Science Base. Washington (D.C.): Institute of Medicine.
- Kandel, D. and M. Davies. 1992. «Progression to regular marijuana involvement: Phenomenology and risk factors for near daily use ». in Glantz, M. and R. Pickens (eds.). 1992. Vulnerability to Drug Abuse. Washington (D.C.): American Psychological Association. pp. 211-253.
- Kandel, D. et. al. 1997. «Prevalence and demographic correlates of symptoms of last year dependence on alcohol, nicotine, marijuana and cocaine in the US population». *Drugs, Alcohol and Dependency*. 44: 11-29.
- Keh, D.I. 1996. Drug Money in a Changing World. Economic Reform and Criminal Finance. Vienne: UNDCP (Technical paper nº 4.).
- Keizer, Robert. 2001. The Netherland's Drug Policy. Brief submitted to the Senate Special Committee on Illegal Drugs.
- Kilmer, B. 2002. «Do cannabis possession laws influence cannabis use?». in Pelc, I. (dir.). 2002. International Scientific Conference on Cannabis. Bruxelles.
- King, A.J.C. et. al. 1999. Trends in the health of Canadian youth. Ottawa: Health Canada.
- Kokoreff, Michel. 2001. Drug Policy in France: From Criminalization to Risk Reduction. Brief submitted to the Senate Special Committee on Illegal Drugs.
- Kopp, P. and C. Palle. 1999. «Économistes cherchent politique publique efficace. » in Faugeron, C., (ed.). 1999. Les drogues en France. Paris : Georg.
- Kopp, P. and P. Fenoglio. 2000. Le coût social des drogues licites (alcool et tabac) et illicites en France. Paris: OFDT.
- Kosten, T.R. et. al. 1987. « Substance-use disorders in DSM-III-R. ». British Journal of Psychiatry. 151: 8-19.
- Kouri, E.M. et. al. 2000. «Abstinence symptoms during withdrawal from chronic marijuana use». Experimental and Clinical Psychopharmacology. 8: 483-492.
- Krajewski, Krzysztof. 1999. «How flexible are the United Nations drug conventions? ». International Journal of Drug Policy. 10: 329-338.
- Kuševic, Vladimir. 1977. « Drug Abuse Control and International Treaties ». Journal of Drug Issues. 7(1): 35-53.
- Labrousse, A. and A. Wallon. 1993. La Planète des drogues : organisations criminelles, guerres et blanchiment.

 Paris : Seuil

- Labrousse, A. 1998. «L'approvisionnement des marchés des drogues dans l'espace Schengen. » Les Cabiers de la Sécurité Intérieure. 32.
- Labrousse, A. 2000. Drogues. Un marché de dupes. Paris : Éditions alternatives.
- Labrousse, A. and L. Romero. 2001. Rapport sur la situation du cannabis dans le RIF marocain. Paris : OFDT.
- Lafrenière, G. 2001. National Drug Policy: United Kingdom. Ottawa: Library of Parliament Parliamentary Research Branch. (Available online at: www.parl.gc.ca/illegal-drugs.asp)
- Lafrenière, G. 2001. National Drug Policy: Sweden. Ottawa: Library of Parliament Parliamentary Research Branch. (Available online at: www.parl.gc.ca/illegal-drugs.asp)
- Lafrenière, G. 2001. *Police Powers and Drug-Related Offences*. Ottawa: Library of Parliament Parliamentary Research Branch (Available online at: www.parl.gc.ca/illegal-drugs.asp.)
- Landry, Michel. 2001. The Impact of Treatments Offered to Addicts in Quebec. Brief submitted to the Senate Special Committee on Illegal Drugs.
- Leduc, D., Miller-Chenier, N. and S. Norris. 2001. *Inventory of Federal Research on Illegal Drugs and Related Issues.* Ottawa: Library of Parliament Parliamentary Research Branch. (Available online at: www.parl.gc.ca/illegal-drugs.asp)
- Leduc D., Miller Chenier, N. et S. Norris. 2002. Inventory of Provincial and Territorial Research on Illegal Drugs and Related Issues. Ottawa: Library of Parliament Parliamentary Research Branch. (Available online at: www.parl.gc.ca/illegal-drugs.asp)
- Léger Marketing. 2002. An Exploratory Study Among Canadians About the Use of Cannabis. Montreal: Léger Marketing. (Available online at: www.parl.gc.ca/illegal-drugs.asp)
- Leiter, Richard A. (dir.). 1999. National Survey of State Laws. Detroit: Gale Group. (Third Edition)
- Leland M. Goodrich. 1960. «New Trends in Narcotics Control», International Conciliation, nº 530
- Letter from Ms Kathy Bedard, Prince Rupert, British Columbia, May 15, 2002.
- Lipton, D.S. 1995. The Effectiveness of Treatment for Drug Abusers Under Criminal Justice Supervision. Washington (D.C.): National Institute of Justice.
- Lowes, P.D. 1966. The Genesis of International Narcotics Control. Genève: Droz.
- Luna, E.G. 1997. « Our Vietnam: The Prohibition Apocalypse », Depaul L. Rev. 46: 483.
- MacCoun, R., Reuter, P. and T. Schelling. 1996. «Assessing alternative drug control regimes.» Journal of Policy Analysis and Management. 15 (3).
- MacDonald, Roederick A. 2002. The Governance of Human Agency. Montreal: McGill University Professor of Constitutional Law. (Available online at: www.parl.gc.ca/illegal-drugs.asp)

- MacFarlane, B. A., Frater, R. J. and C. Proulx. 1996. Drug Offences in Canada. Ontario: Canada Law Book.
- MacKay, R. 2001. National Drug Policy: Australia. Ottawa: Library of Parliament Parliamentary Research Branch. (Available online at: www.parl.gc.ca/illegal-drugs.asp)
- Mackenzie King, William L. 1908. The Need for the Suppression of the Opium Traffic in Canada. Ottawa: House of Commons (Sessional Paper 36b).
- MacPhee, D. 1999. «Effects of marijuana on cell nuclei », in Kalant, H. et. al. (eds.). 1999. *The Health Effects of Cannabis*, Toronto: Addiction Research Foundation.
- Maillet A. and C. Cloutier-Vautour. 2002. Brief submitted to the Senate Special Committee on Illegal Drugs. Moncton.
- Malherbe, J.F. 2002. The Contribution of Ethics in Defining Guiding Principles for a Public Drug Policy.

 Sherbrooke: University of Sherbrooke Professor Applied Ethic Chair. (Available online at: www.parl.gc.ca/illegal-drugs.asp.)
- Mangham, Colin. 2001. *Implications of a Liberalized Drug Policy in Canada*. Brief submitted to the Senate Special Committee on Illegal Drugs. (Available online at: www.parl.gc.ca/illegal-drugs.asp)
- Martineau, H. and É. Gomart. 2000. Politiques et expérimentations sur les drogues aux Pays-Bas. Rapport de synthèse???. Paris : OFDT.
- Matsuda, L.A. et. al. 1990. «Structure of a cannabinoid receptor and functional expression of the cloned DNA». *Nature*. 346(6284): 5561-564.
- McAllister, W.B. 1992. «Conflicts of Interest in the International Drug Control System», in William O. Walker III, (ed.). 1992. Drug Control Policy: Essays in Historical and Comparative Perspective, University Park (Pennsylvanie): Pennsylvania State University Press.
- McAllister, W.B. 1999. Drug Diplomacy in the Twentieth Century: An international history. London: Routledge.
- McCaffrey, B.R. 1999. Remarks before the First Annual Criminal Justice and Substance Abuse Conference. Albany (New York). June 29, 1999.
- McDonald, D. et. al. 1994. Legislative Options for Cannabis Use in Australia. Commonwealth d'Australie. (Available online at: http://www.druglibrary.org/schaffer/Library/studies/aus/cannabis.htm)
- McKim, W.A. 2000. «Cannabis». in McKim, W.A. (ed.). 2000. Drugs and Behavior. An introduction to behavioral pharmacology. Upper Saddle River: Prentice Hall.
- McNamara, J. D. 1999 «When Cops Become the Gangsters». Los Angeles Times. September 21, 1999. (Available online at: www.nakedgov.com/mcnamara.htm)
- McNamara, J.D. 2000. « Commentary : Criminalization of Drug Use ». *Psychiatric Times.* 17(9).

- Mechoulam, R. and Y. Gaoni. 1965. «A total synthesis of delta-9-tetrahydrocannabinol, the active constituent of hashish. ». Journal of the American Chemistry Society, 87: 3273-3275.
- Meier, Kenneth J. 1994. The Politics of Sin: Drugs, Alcohol and Public Policy. Armonk (New York): M.E. Sharpe.
- Mercer, W.G. and W.K. Jeffery. 1995. «Alcohol, Drugs and Impairment in Fatal Traffic Accidents in British Columbia » Accid. Anal. And Prev. 27(3): 335-343.
- Mewett, A. W. and S. Nakatsuru. 2000. An Introduction to the Criminal Process in Canada. Scarborough: Carswell (Fourth Edition).
- Miles, G.C. et. al. 1974. An Experimental Study of the Effects of Daily Cannabis Smoking on Behavioural Patterns.

 Toronto: Addiction Research Foundation.
- Miller, M. and G. Draper. 2001. Statistics on Drug Use in Australia 2000. Canberra: Australian Institute of Health and Welfare. (Available online at: http://www.aihw.gov.au/publications/phe/sdua00/index.html)
- Ministerial Council on Drug Strategy. 1998. National Drug Strategic Framework 1998-99 to 2002-03:

 Building Partnerships. Canberra: Report prepared for the Ministerial Council by a joint committee of the Intergovernmental Committee on Drugs and the Australian National Council on Drugs. (Available online at: http://www.health.gov.au/pubhlth/nds/resources/publist.htm)
- Ministerial Council on Drug Strategy. 2001. National Action Plan on Illicit Drugs, 2001 to 2002-03.

 Canberra: Report prepared for the National Expert Advisory Committee on Illegal Drugs.

 Available online at: http://www.health.gov.au/pubhlth/nds/resources/publist.htm)
- Mission interministérielle de lutte contre la drogue et la toxicomanie (MILDT). 1999. Plan triennal de lutte contre la drogue et de prévention des dépendances (1999-2001). (Available online at: http://www.drogues.gouv.fr/uk/what_you_need/whatyouneed_intro.html.)
- Mission interministérielle de lutte contre la drogue et la toxicomanie (MILDT). 1999. «Livret de connaissances, Synthèse du plan gouvernemental de lutte contre la drogue et de prévention des dépendances 1999-2000-2001 ». Drogues : savoir plus, risquer moins. MILDT (Available online at: http://www.drogues.gouv.fr/fr/index.html.)
- Moreau de Tours, J. 1845. Du haschich ou de l'aliénation mentale, étude psychologique. Paris : Masson.
- Moskowitz, H. 1985. «Marihuana and Driving ». Accid. Anal. Prev. 17 (4): 323-345.
- Munro, S. et. al. 1993. « Molecular characterization of a peripheral receptor for cannabinoids. ». *Nature*. 365 : 61-65.
- Murphy, E. 1920. «The underground system.» Maclean's. 15 mars 1920.
- Murphy, E. 1922. The Black Candle. Toronto: Thomas Allans.
- Musto, D.F. 1999. The American Disease: Origins of Narcotic Control. Oxford: Oxford University Press (Third Edition)

- National Drug Monitor. 2000. Fact Sheet: Cannabis Policy, Update 2000. Utrecht: Trimbos Instituut.
- National Drug Research Institute and Curtin University of Technology. 2000. The Regulation of Cannabis Possession, Use and Supply. Perth (Western Australia): Working Paper for the Drugs and Crime Prevention Committee Parliament of Victoria.
- National Institute of Public Health. 2001. National Report: Sweden 2001. Stockholm.
- Nelson, P.L. 1993. «A critical review of the research literature concerning some biological and psychological effects of cannabis » in Advisory Committee on Illicit Drugs (eds.) 1993. *Cannabis and the law in Queensland: A discussion paper.* Brisbane: Criminal Justice Commission of Queensland.
- Nolin, P.C. 1998. Foreword in Riley, D. 1998. Drugs and Drug Policy in Canada: A Brief Review and Commentary. Ottawa: Senate of Canada.
- Noll, Alfons. 1977. «Drug abuse and penal provisions of the international drug control treaties». Bulletin on Narcotics. 29(4) October/December 1977: 41-57.
- Observatoire français des drogues et des toxicomanies (OFDT), 2000. *Drogues et toxicomanies : Indicateurs et tendances*. Issue of 1999. (Available online at: http://www.drogues.gouv.fr/fr/index.html)
- Observatoire français des drogues et des toxicomanies. 2002. Drogues et dépendances: Indicateurs et tendances 2002. Paris : OFDT.
- Observatoire géopolitique des drogues. 1996. Atlas mondial des drogues. Paris : PUF.
- Observatoire géopolitique des drogues. 1999. Rapport annuel 1998/1999. Paris : OGD.
- Office of the Auditor General of Canada. 2001. Report of the Auditor General of Canada Chapter 11 Illicit Drugs: The Federal Government's Role. Ottawa: Department of Public Works and Government Services.
- Office fédéral de la police. *Un aperçu de l'OFP*. (Available online at: http://www.bap.admin.ch/f/index.htm)
- Office fédéral de la police. 1996. Exploitation définitive de la banque de données en matière de drogue DOSIS. 26 June 1996. (Available online at: http://www.bap.admin.ch/f/index.htm)
- Office fédéral de la police. 2001. Situation Suisse : Rapport de situation 2000 Bern : Service d'analyse et de prévention. (Available online at: http://www.bap.admin.ch/f/index.htm)
- Office fédéral de la santé publique. 1998. Mesures fédérales pour réduire les problèmes de la drogue. Document de base de l'Office fédéral de la santé publique Décision du Conseil fédéral du 20 février 1991. Doc. nº 3.4.1f.
- Office fédéral de la santé publique. 1998. Programme de mesures de santé publique de la Confédération en vue de réduire les problèmes de drogue. (ProMeDro). 1998-2002.

- Office fédéral de la santé publique. 2000. La politique en matière de drogue. September 2000. (Available online at: http://www.bag.admin.ch/sucht/f/index.htm)
- Office of National Drug Control Policy. 2001. National Drug Control Budget Executive Summary, Fiscal Year 2002. Washington (D.C.): The White House.
- Office of National Drug Control Policy. 2002. National Drug Control Strategy. Washington (D.C.): The White House.
- Office of National Drug Control Policy. 2002. National Drug Control Strategy: 2001 Annual Report. Washington (D.C.): The White House.
- Organisation mondiale de la santé. 1952. Comité d'experts des drogues susceptibles d'engendrer la toxicomanie, Série des rapports techniques, nº 57. Quoted in Caballero, F. et Y. Bisiou. 2000. Droit de la drogue. Paris : Dalloz (Second Edition).
- Organisation mondiale de la santé. 1964. Comité d'experts des drogues engendrant la dépendance, Série de rapports techniques, rp 273, Quoted in Caballero, F. and Y. Bisiou. 2000. Droit de la drogue. Paris : Dalloz (Second Edition).
- Organisation mondiale de la santé. 1969. Comité d'experts de la pharmacodépendance. Série de rapports techniques. nº 407. Quoted in Caballero and Bisiou. 2000. Droit de la drogue. Paris : Dalloz.
- Patten, D., et. al. 2000. Substance Use among High School Students in Manitoba. Winnipeg: Addictions Foundation of Manitoba.
- Patton, D. et. al. 2001. Substance use among Manitoba high school students. Winnipeg: Addictions Foundation of Manitoba. (Available online at: www.afm.mb.ca)
- Pays-Bas. 1985. Groupe de travail interministériel sur les drogues et l'alcool. La Haye: Ministère de la Justice.
- Peith, M. 2001. « Compatibilité de différents modèles de dépénalisation partielle du cannabis avec les conventions internationales sur les stupéfiants. ». Avis juridique soumis à la demande de l'Office fédéral de la santé publique de la Confédération helvétique.
- Pelletier, M. 1978. Rapport de la mission d'étude sur l'ensemble des problèmes de la drogue. Paris : La Documentation française.
- Pernanen, K. et. al. 2002. Proportions of crimes associated with alcohol and other drugs in Canada. Ottawa: Canadian Center on Substance Abuse.
- Pires A.P. 2002. La politique législative et les crimes à « double face » : Éléments pour une théorie pluridimensionnelle de la loi criminelle. Ottawa : University of Ottawa Professor of Criminology. (Available online at: www.parl.gc.ca/illegal-drugs.asp)
- Plecas, D., Dandurand, Y., Chin, V. and T. Segger. 2002. Marihuana Growing Operations in British Columbia — An Empirical Survey (1997-2000). Department of Criminology and Criminal Justice — University College of the Fraser Valley and International Centre for Criminal Law Reform and Criminal Justice Policy.

- Polen, M.R. 1993. «Health care use by frequent marijuana smokers who do not smoke tobacco.». Western Journal of Medicine. 158: 596-601.
- Police Foundation. 2000. Drugs and the Law: Report of the Independent Inquiry into the Misuse of Drugs Act 1971. London: The Police Foundation.
- Popper, K. 1978. Logique de la découverte scientifique. Paris : Payot.
- Popper, K. 1985. La connaissance objective. Bruxelles: Complexe.
- Poulton, R., et. al. 2001. «Persistence and perceived consequences of cannabis use and dependence among young adults: Implications for policy». New Zealand Medical Journal. 114: 13-16.
- Progressive Conservative Caucus Services, Briefing Note, June 1st, 1987.
- Ramaekers, J.G. et. al. 2002. «Performance impairment and risk of motor vehicle crashes after cannabis use » in Pelc, I. (ed.). 2002. *International Scientific Conference on Cannabis*, Bruxelles.
- Real Women of Canada. 2002. Brief submitted to the Senate Special Committee on Illegal Drugs. (Windsor, Ontario)
- Rehm, J. 2001. The Costs of public policies to fight illegal drugs. Brief submitted to the Senate Special Committee on Illegal Drugs.
- Reinarman, C. and H. G. Levine (dir.). 1997. Crack in America: Demon Drugs and Social Justice. Berkeley: University of California Press.
- Reuband, K.. 1995. «Drug use and drug policy in Western Europe.» European Addiction Research. 1:32-41.
- Reynaud, M., Parquet, P.J., et G. Lagrue (1999) Les pratiques addictives. Usage, usage nocif et dépendance aux substances psychoactives. Paris : Secrétariat d'État à la Santé et aux Affaires Sociales.
- Rickard, M. 2001. Reforming the Old and Refining the New: A Critical Overview of Australian Approaches to Cannabis. Canberra: Department of the Parliamentary Library Information and Research Services. Research paper nº 6 2001-02. (Available online at: http://www.aph.gov.au/library)
- Rigter, H. and M. von Laar. 2002. «The Epidemiology of cannabis use.» in Pelc, I. (ed.). 2002. International Scientific Conference on Cannabis. Bruxelles.
- Riley, D. 1996. Harm Reduction: Concepts and Practice. A Policy Discussion Paper.

 Ottawa: Canadian Center on Substance Abuse.
- Riley, D. 1998. Drugs and Drug Control Policy in Canada: A Brief Review and Commentary.

 Ottawa: Senate of Canada
- Roberts, G. and A. Ogborne. 1998. Profile: Substance Abuse, Treatment and Rehabilitation in Canada. Ottawa: Health Canada.

- Robert, G. and A. Ogborne. 1999. Best practices: Substance abuse, Treatment and Rehabilitation. Ottawa: Health Canada.
- Roberts, G. et. al. 2001. Preventing substance use problems among young people: A compendium of best practices. Ottawa: Health Canada.
- Robson, William. 2002. «How many 'burbs must the drug war burn, before we call it a bust? » Ottawa Citizen, May 17, 2002.
- Rodriguez de Fonseca, F. et. al. 1994. «Down regulation of rat brain cannabinol binding sites after chronic delta-9-THC treatment ». *Pharm. Biochem. Behav.* 47: 33-40.
- Roques, B. 1999. La dangerosité des drogues. Paris : Odile Jacob.
- Rosenthal, M.S. and H.D. Kleber. 1999. «Making Sense of Medical Marijuana.» Proceedings of the Association of American Physicians. 111(2): 159.
- Royal Canadian Mounted Police. 1999. Annual Report. Ottawa: Canada.
- Royal Canadian Mounted Police. 2000. Drug Situation Canada (1999). Ottawa: Criminal Intelligence Directorate RCMP.
- Royal Canadian Mounted Police. 2002. Drug Situation Canada (2001). Ottawa: Criminal Intelligence Directorate RCMP.
- Royal Commission of Inquiry into the Non-Medical Use of Drugs South Australia. 1979. Final Report. Adelaïde: South Australian Government.
- Russo, E.B. 2002. «The role of cannabis and cannabinoids in pain management. » in Weiner, R.S. (ed.) 2002. Pain Management. A Practical Guide for Clinicians. Boca Raton, London, New York, Washington: CRC Press.
- Russo, E.B., et. al. 2002. «Chronic cannabis use in the compassionate investigational new drug program: An examination of benefits and adverse effects of legal clinical cannabis.» *Journal of Cannabis Therapeutics*. 2(1): 45.
- Rydell, C. P. and S. S. Everingham. 1994. Controlling Cocaine: Supply vs. Demand Programs. RAND: Santa Monica (California).
- Schiraldi, V., Holman, B. and P. Beatty. 2000. Poor Prescription: The Costs of Imprisoning Drug Offenders in the United States. Washington, D.C.: Justice Policy Institute. (Available online at: <u>www.cjcj.org</u>)
- Scholten, W.K. 2002. «Medicinal cannabis: A quick scan on the therapeutic use of cannabis.». in Pelc, I., (ed.) 2002. International Scientific Conference on Cannabis. Bruxelles.
- Senate Standing Committee on Legal and Constitutional Affairs. 1996. Eleventh Report: Bill G8: The Controlled Drugs and Substances Act. Ottawa: Senate of Canada.
- Setbon, M. 2000. L'injonction thérapeutique: Évaluation du dispositif légal de prise en charge sanitaire des usagers de drogues interpellés. Paris: Observatoire français des drogues et des toxicomanies

- Sherman, L.W. et. al. 1997. Preventing Crime: What Works, What Doesn't, What's Promising. (A Report to the United States Congress). Washington (D.C.): US Department of Justice.
- Simmat-Durand, L. 1999. «Les obligations de soins en France. » in Faugeron, C., (ed.). 1999. Les drogues en France. Politiques, marchés, usages. Paris : Georg.
- Simmat-Durand, L. 2000. La lutte contre la toxicomanie. De la législation à la réglementation. Paris : L'Harmattan.
- Single Convention on Narcotics Drugs, 1961, (CTS 1964/30), amended by the Protocol amending the Single Convention on Narcotics Drugs, 1961, (CTS 1976/48).
- Single, E., et. al. 1996. The Costs of Substance Abuse in Canada. Ottawa: Canadian Center on Drug Abuse.
- Single, E. and T. Rohl. 1997. The National Drug Strategy: Mapping the Future. Canberra: Report prepared by the Ministerial Council on Drug Strategy. (Available online at: http://www.health.gov.au/pubhlth/publicat/document/mapping.pdf)
- Single, E., Christie P. and R. Ali. 2000. « The impact of cannabis decriminalization in Australia and the United States » *Journal of Public Health Policy*. 21(2): 157-186. (Available online at: http://www.parl.gc.ca/37/1/parlbus/commbus/senate/Com-f/ille-f/presentation-f/single-f.htm)
- Sinha, J. 2001. The History and Development of the Leading International Drug Control Conventions. Ottawa: Library of Parliament Parliamentary Research Branch. (Available online at: www.parl.gc.ca/illegal-drugs.asp)
- Smiley, A. 1999. «Marijuana: On-Road and Driving Simulator Studies» in Kalant, H. et. al., (ed). 1999. The Health Effects of Cannabis. Toronto: Addiction Research Foundation.
- Smith, D.E. 1998. « Review of the American Medical Association Council on Scientific Affairs Report on Medical Marijuana. » *Journal of Psychoactive Drugs.* 30: 127-136.
- Spicer, L. 2002. Historical and Cultural Uses of Cannabis and the Canadian "Marijuana Clash". Ottawa: Library of Parliament Parliamentary Research Branch. (Available online at: www.parl.gc.ca/illegal-drugs.asp)
- Staatscourant. 1996. in Korf D.J. and H. Riper.1999. «Windmills in their Minds? Drug Policy and Drug Research in the Netherlands». *Journal of Drug Issues* 29(3): 451.
- Statistics Canada. 1997. "Illicit Drugs and Crime in Canada". *Juristat*. Canadian Centre for Justice Statistics. Catalogue nº 85-002-XIE.
- Statistics Canada. 1999. "Justice Spending in Canada", *Juristat*. Canadian Centre for Justice Statistics. Catalogue nº 85-002-XIE.
- Statistics Canada. 1999. "Illicit Drugs and Crime in Canada" *Juristat*. Canadian Centre for Justice Statistics. Catalogue nº 85-002-XIE.
- Statistics Canada. 2002. "Crime Statistics in Canada 2001" *Juristat*. Canadian Centre for Justice Statistics. Catalogue nº 85-002-XIE.

- Stewart, David P. 1990. «Internationalizing The War on Drugs: The UN Convention Against Illicit Traffic in Narcotic Drugs and Psychotropic Substances». *Denver Journal of International Law and Policy*. 18(3): 387-404.
- Stuart, D. 1999. "The Unfortunate Dilution of Section 8 Protection," Queens Law Journal. 25 (1).
- Substance Abuse and Mental Health Services Administration. 2001. Summary of findings from the 2000 national household survey on drug abuse. Washington (D.C.): Department of Health and Social Services.
- Swift, W. et. al. 2001. «Cannabis use and dependence among Australian adults: Results from the National Survey of Mental Health and Wellbeeing». *Addiction*. 96: 737-748.
- Swiss Federal Office of Public Health. 1999. The Swiss drug policy: A fourfold approach with special consideration of the medical prescription of narcotics. Bern: SFOPH
- Sweden. 2000. Summary of the report The Crossroads from the Swedish Commission of Narvotic Drugs. Stockholm: The Swedish Commission on Narcotic Drugs
- Tashkin, D.P. et. al. 1997. «Heavy habitual marijuana smoking does not cause an accelerated decline in FEV1 with age: A longitudinal study». *American Journal of Respiratory Critical Care.* 155: 141-148.
- Taylor, A.C. 1969. American Diplomacy and the Narcotics Traffic, 1900-1939: A Study in International Humanitarian Reform. Durham (N.C.): Duke University Press
- Taylor, Charles. 1998. Les sources du moi : la formation de l'identité moderne. Montreal : Boréal.
- Taylor, F.M. 1988. «Marijuana as a potential respiratory tract carcinogen: A retrospective analysis of a community hospital population». Southern Medical Journal. 81: 1213-1216.
- The Economist .2001. «Stumbling in the Dark ». 2001. The Economist. July 28 August 3.
- The Economist. 2001. «The Untouchables ». Economist. April 21, 2001. 359 (8218): 49
- Trautmann, C. 1990. Lutte contre la toxicomanie et le trafic de stupéfiants. Rapport au premier ministre. Paris : La Documentation française.
- Tribunal fédéral. L'organisation judiciaire en Suisse. (Available online at: http://www.bger.ch/index.cfm?language=french&area=Federal&theme=system&page=content&maskid=195)
- Trimbos-Instituut. 2000. *The Netherlands Drug Situation 2000*. Report to the EMCDDA. Utrecht: Trimbost Instuut.(Available online at: www.emcdda.org)
- United Nations .1976. Commentary on the United Nations Convention Against Illicit Traffic in Narcotic Drugs and Psychotropic Substances. Done at Vienna on 20 December 1988. New York: United Nations.
- United Nations Office for Drug Control and Crime Prevention. 1998. Country Drug Profile: Sweden. 1998. Vienna: UNDCP.

- United Nations Office for Drug Control and Crime Prevention. 2000. Demand Reduction: A Glossary of Terms. Vienna: UNDCP.
- United Nations Office for Drug Control and Crime Prevention. 2001. World Drug Report 2001. Oxford: Oxford University Press.
- United States. 1972. International Narcotics Control: A Source Book of Conventions, Protocols, and Multilateral Agreements, 1909-1971. Washington (D.C.): Bureau of Narcotics & Dangerous Drugs.
- Valois, Donat. 1972. «La marijuana et le haschisch ne seront pas légalisés ». Le Droit. Ottawa. 1er août 1972.
- Van Laar, M., et. al. 2001. Nationale Drug Monitor. Jaarbericht 2001. Utrecht: NDM Bureau.
- Van Ree, Erik. 1999. «Drugs as a Human Right ». International Journal of Drug Policy. 10: 89-98
- Vitaro, F., Gosselin C. and A. Girard. 2002. Évolution de la consommation d'alcool et de drogues chez les jeunes au Québec de 1987 à 1998 : constatations, comparaisons et pistes d'explication. Montreal : Comité permanent de lutte à la toxicomanie.
- Wacquant, L. 2000. Les prisons de la misère. Paris : Éditions Raisons d'agir.
- Walker III, William O. 1989. *Drug Control in the Americas*. Albuquerque (Nouveau-Mexique): University of New Mexico Press.
- Walker III, William O. 1991. Opium and Foreign Policy: The Anglo-American Search for Order in Asia, 1912-1954. Chapel Hill (C. du N.): University of North Carolina Press. p. 16-17, Lowes (1966): 152-153.
- Wasmeier, M., et. al. 2000. Path analysis survey of substance use among Newfoundland and Labrador Adolescents.

 Marijuana / Haschich and Solvent use. St John's: Memorial University of Newfoundland.
- Wayne, H. and S. Wendy. 2000. «The THC content of cannabis in Australia: Evidence and implications.". Australian and New Zealand Journal of Public Health. 24: 503-508.
- Westlake, T.M. et. al. 1996. «Chronic exposure to delta-9-THC fails to irreversibly alter brain cannabinoid receptors.». *Brain Research*. 544: 145-149.
- Wheelock, Barbara B. 2002. Physiological and Psychological Effects of Cannabis: Review of the Research Findings. Ottawa: Senate Special Committee on Illegal Drugs.
- Wiesbeck, G.A., et. al. 1996. «An evaluation of the history of a marijuana withdrawal syndrome in a large population. » *Addiction*, 91(10): 1573-1579.
- Wisotsky, S. 1990. Beyond the War on Drugs: Overcoming a Failed Public Policy. Buffalo: Prometheus Books.
- Woody G.E. et. al. 1993. «Severity of dependence: Data from the DSM-IV field trials » *Addiction.* 88: 1573-1579.

World Health Organization. 1997. Cannabis: A Health Perspective and Research Agenda. Geneva: WHO. (Available online at: www.who.org)

Zimmer L., and J.P. Morgan. 2000. Marijuana myths, marijuana facts: a review of the scientific evidence. New York: Lindesmith Center.

II - WITNESSES QUOTED IN THE REPORT

Mohamed ben Amar, Professor, Pharmacology and Toxicology – University of Montreal, First Session, Thirty-seventh Parliament, June 11, 2001, Issue nº 4.

Line Beauchesne, Professor, Department of Criminology – University of Ottawa, Second Session, Thirty-sixth Parliament, October 16, 2000, Issue nº 1.

Patricia Bégin, Director, Research and Evaluation – National Crime Prevention Centre, First Session, Thirty-seventh Parliament, June 10, 2002, Issue nº 22.

Marie-Andrée Bertrand, Professor Emeritus of Criminology – University of Montreal, First Session, Thirty-seventh Parliament, April 23, 2001, Issue nº 1.

Hilary Black, Founder and Director – B.C. Compassion Club Society, First Session, Thirty-seventh Parliament, November 7, 2001, Issue nº 10.

Tim Boekhout van Solinge, Lecturer and Researcher in Criminology – Utrecht University, First Session, Thirty-seventh Parliament, November 7, 2001, Issue no. 11.

Micheal J. Boyd, Chair of the Drug Abuse Committee and Deputy Chief of the Toronto Police Service – Canadian Association of Chiefs of Police, First Session, Thirty-seventh Parliament, March 11, 2002, Issue re 14.

Neil Boyd, Professor, Department of Criminology – Simon Fraser University, Second Session, Thirty-sixth Parliament, October 16, 2000, Issue no 1.

Serge Brochu, Professor and Director of the International Center for Comparative Criminology – University of Montreal, First Session, Thirty-seventh Parliament, December 10, 2001, Issue nº 12.

Bill Campbell, President – Canadian Society on Addiction Medicine, First Session, Thirty-seventh Parliament, March 11, 2002, Issue nº 14.

Mark Connolly, Director General, Contraband and Intelligence Services Directorate, Customs Branch – Canada Customs and Revenue Agency First Session, Thirty-seventh Parliament, October 29, 2001, Issue nº 8.

John Conroy, Barrister, First Session, Thirty-seventh Parliament, March 11, 2002, Issue nº 14.

Jean-Michel Coste, Director – French Monitoring Centre for Drugs and Drug Addictions, First Session, Thirty-seventh Parliament, October 1st, 2001, Issue nº 7.

Patricia Erickson, Researcher – Centre for Addiction and Mental Health, First Session, Thirty-seventh Parliament, May 14, 2001, Issue nº 2.

Julian Fantino, Chief – Toronto Police Service, First Session, Thirty-seventh Parliament, September 10, 2001, Issue nº 5.

Benedikt Fischer, Professor, Department of Public Health Sciences – University of Toronto, First Session, Thirty-seventh Parliament, September 17, 2001, Issue nº 6.

David Griffin, Canadian Police Association, First Session, Thirty-seventh Parliament, May 28, 2001, Issue nº 3.

Henry Haddad, President – Canadian Medical Association, First Session, Thirty-seventh Parliament, March 11, 2002, Issue nº 14.

Health Canada, First Session, Thirty-seventh Parliament, June 10, 2002, Issue nº 22.

Kash Heed, Vice Drugs Section – Vancouver Police Service, First Session, Thirty-seventh Parliament, November 7, 2001, Issue nº 10

Gary E. Johnson, Governor, State of New Mexico, First Session, Thirty-seventh, November 5, 2001, Issue nº 9.

Cal Johnston, Chief - Regina Police Service, First Session, Thirty-seventh Parliament, May 13 2002, Issue nº 16.

Harold Kalant, Professor Emeritus – University of Toronto, First Session, Thirty-seventh Parliament, June 11, 2001, Issue nº 4.

Perry Kendall, Health Officer – Province of British Columbia, First Session, Thirty-seventh Parliament, September 17, 2001, Issue nº 6.

Paul Kennedy, Senior Assistant Deputy Solicitor General, Policing and Security Branch – Solicitor General of Canada, First Session, Thirty-seventh Parliament, June 10, 2002, Issue nº 22.

Barry King, Former Chair of the Drug Abuse Committee and Chief of the Brockville Police Service – Canadian Association of Chiefs of Police, First Session, Thirty-seventh Parliament, March 11, 2002, Issue rp 14.

R.G. Lesser, Chief Superintendent – Royal Canadian Mounted Police, First Session, Thirty-seventh Parliament, October 29, 2001, Issue nº 8.

Gillian Lynch, Director General, Drug Strategy and Controlled Substances Programme – Health Canada, First Session, Thirty-seventh Parliament, June 10, 2002, Issue nº 22.

Mary Lynch, Director, Canadian Consortium for the Investigation of Canabinoids – Dalhousie University, First Session, Thirty-seventh Parliament, June 11, 2001, Issue nº 4.

Nicole Maestracci, President – Interministerial Mission for the Fight against Drugs and Drug Addiction, First Session, Thirty-seventh Parliament, October 1st, 2001, Issue 1st 7.

Colin Mangham, Director – Prevention Source B.C., First Session, Thirty-seventh Parliament, September 17, 2001, Issue ${\bf 16}$ 6.

Céline Mercier, Associate Professor, Department of Psychiatry – McGill University, First Session, Thirty-seventh Parliament, December 10, 2001, Issue nº 12.

Croft Michaelson, Director and Senior General Counsel, Strategic Prosecution Policy Section – Justice Canada, First Session, Thirty-seventh Parliament, June 10, 2002, Issue nº 22.

John P. Morgan, Professor of Pharmacology – City of New York Medical School, First Session, Thirty-seventh Parliament, June 11, 2001, Issue nº 4.

Dann Michols, Assistant Deputy Minister, Healthy Environments and Consumer Safety Branch – Health Canada, First Session, Thirty-seventh Parliament, June 10, 2002, Issue nº 22.

Dale Orban, Canadian Police Association, First Session, Thirty-seventh Parliament, May 28, 2001, Issue nº 3.

Michel Perron, Executive Director – Canadian Centre on Substance Abuse, First Session, Thirty-seventh Parliament, June 10, 2002, Issue no 22.

Senate of Canada, Proceedings of the Senate Special Committee on Illegal Drugs, First Session, Thirty-seventh Parliament, March-April 2001, Issue nº 1.

Senate of Canada, Proceedings of the Senate Special Committee on Illegal Drugs, First Session, Thirty-seventh Parliament, May 28, 2001, Issue nº 3.

Eric Single, Professor, Department of Public Health Sciences – University of Toronto, First Session, Thirty-seventh Parliament, May 14, 2001, Issue nº 2.

Diane Steber Büchli, Head, International Drug Affairs Unit – Swiss Federal Office of Public Health, First Session, Thirty-seventh Parliament, February 24, 2002, Issue nº 13.

Art Steinman, Executive Director – Alcohol-Drug Education Service, First Session, Thirty-seventh Parliament, November 7, 2002, Issue nº 10.

Ambros Uchtenhagen, Retired Professor – Addiction Research Institute, First Session, Thirty-seventh Parliament, February 4, 2002, Issue no 13.

Mark Ware, Assistant Professor – McGill University, First Session, Thirty-seventh Parliament, May 31st 2002, Issue nº 18.

Mark Zoccolillo, Professor, Department of Psychiatry – McGill University, Second Session, Thirty-sixth Parliament, October 16, 2000, Issue no 1.



LE CANNABIS:

POSITIONS POUR UN RÉGIME DE POLITIQUE PUBLIQUE POUR LE CANADA

RAPPORT DU COMITÉ SPÉCIAL DU SÉNAT SUR LES DROGUES ILLICITES

VOLUME III: PARTIE IV ET CONCLUSIONS

PRÉSIDENT

PIERRE CLAUDE NOLIN

VICE-PRÉSIDENT

COLIN KENNY

TABLE DES MATIÈRES

GLOSSAIRE DES PRINCIPAUX TERMES

INTRODUCTION	1
PREMIÈRE PARTIE – ORIENTATIONS GÉNÉRAL ES	5
CHAPITRE 1 – NOTRE MANDAT	7
Libellé	7
ORIGINES	9
Notre compréhension	11
CHAPITRE 2 – NOS TRAVAUX	13
DEUX PRINCIPES DE TRAVAIL	14
L'ÉTAT DES CONNAISSANCE S	15
Le programme de recherche	19
Audiences de témoins experts	20
Le défi de la synthèse	22
TENIR COMPTE DES OPINIONS	23
INTERPRÉTER À LA LUMIÈRE DE PRINCIPES	24
CHAPITRE 3 – NOS PRINCIPES DIRECTEURS	25
L'ÉTHIQUE, OU LE PRINCIPE DE L'AUTONOMIE RÉCIPROQUE	28
LA GOUVERNANCE: MAXIMISER L'ACTION DES INDIVIDUS	32
La gouvernance de la collectivité	34
La gouvernance de soi	36
Le rôle de la gouvernance	37
LE DROIT PÉNAL OU LES LIMITES DE L'INTERDICTION	38 39
Nécessité de la distinction	41
Critères de distinction	45
Application aux drogues illicites	46
LA SCIENCE OU LA CONNAISSANCE APPROCHÉE	51
Conclusions	31

CHAPITRE 4 – UN CONTEXTE EN MOUVANCE	53
MUTATIONS DU CONTEXTEINTERNATIONAL	53
Globalisation et intégration	53
Errances d'un discours sécuritaire	57
Des politiques antidrogues aux politiques sur les drogues	59
MUTATIONS AUCANADA	61
L'activisme judiciaire	61
Une stratégie nationale de prévention du crime	62
La lutte au crime organisé	62
Un débat de société	63
PARTIE II – LE CANNABIS : EFFETS, USAGES, ATTITUDES	65
CHAPITRE 5 – LE CANNABIS : DE LA PLANTE AU JOINT	67
UNE PLANTE, DIVERSES DROGUES	68
ROUTES DU CANNABIS	72
PROPRIÉTÉS DU CANNABI S	79
Concentration en Δ^9 THC	80
PHARMACOCINÉTIQUE	86
Conclusions	90
60.02630.0	
CHAPITRE 6 – USAGERS ET USAGES: FORMES, PRATIQUES, CONTEXTES	93
TENDANCES D'USAGE	94
Consommation en population générale	95
Consommation chez les jeunes	99
Tendances d'usage dans d'autres pays	105
Eléments de synthèse	114
FORMES ET MODES D'U SAGE Le cannabis dans l'histoire	116 117
	117
Trajectoires d'usages	125
Facteurs reliés à l'usage	131
Eléments de synthèse UNE ESCALADE VERS D'AUTRES DROGUES ?	131
CANNABIS VIOLENCE ET CRIMINALITÉ	134
CONCLUSIONS	136
CONCLUSIONS	130
CHAPITRE 7 – LE CANNABIS: EFFETS ET CONSEQUENCES	139
EFFETS ET CONSÉQUENCES DU CANNABIS: CE QU'ON NOUS A DIT	142
EFFETS AIGUS DU CANNABIS	148
CONSÉQUENCES DE LA CONSOMMATION CHRONIQUE	152
Conséquences physiologiques de l'usage chronique	153
Conséquences cognitives et psychologiques	158
Conséquences comportementales et sociales	162
T OLÉRANCE ET DÉPENDANCE	163
Dépendance au cannabis	164
Sévérité de la dépendance	171 174
La tolérance ÉLÉMENTS DE SYNTHÈSE	174
CONCLUSIONS	176
CONCLUSIONS	170

CHAPITRE 8 - CONDUITE SOUS L'EFFET DU CANNABIS	179
Modes de dépistage	182
DONNÉES ÉPIDÉMIOLOGIQUES	187
Études hors contexte accidentel	188
Études en contexte accidentel	189
Enquêtes épidémiologiques auprès des jeunes	192
Évaluation du risque	192
ÉTUDES EXPÉRIMENTALES	195
Activités hors conduite	195
En activité de conduite	197
CONCLUSIONS	201
CHAPITRE 9 – APPLICATIONS THÉR APEUTIQUES DU CANNABIS	203
ASPECTS HISTORIOUES	208
CONNAISSANCES CONTEMPORAINES	210
Utilisations thérapeutiques	210
Le cannabis comme médicament ?	213
PRATIOUES THÉRAPEUTIO UES ACTUELLES	216
CONCLUSIONS	219
CHAPITRE 10 – OPINIONS ET ATTITUDES DES CANADIENS	221
LES MÉDIAS	222
ENQUÊTES ET SONDAGES	227
ATTITUDES ET OPINIONSEXPRIMÉES AU COMITÉ	234
CONCLUSIONS	237
PARTIE III – POLITIQUES ET PRATIQUES AU CANADA	239
Constant of the second of the	241
CHAPITRE 11 – UNE STRATÉGIE CANADIENNE ANTIDROGUE ?	241
PHASE I – ÉLABORATION ET MISE EN PLACE	242
Création du Centre canadien de lutte contre l'alcoolisme et les toxicomanies Création du Secrétariat de la Stratégie canadienne antidrogue	250
Phase II – Renouvellement	252
P HASE II – KENOUVELLEMENT PHASE III – LE RENOUVELLEMENT SANS FINANCEMENT PRÉCIS	255
LA STRATÉGIE CANADIENNE ANTIDROGUE – UNE RÉUSSITE ?	
LA STRATEGIE CANADIENNE ANTIDROGUE – UNE REUSSITE :	257
CONCLUSIONS	257 259
Conclusions	257 259
CONCLUSIONS CHAPITRE 12 – LE CONTEXTE LÉGISLATIF NATIONAL	259 261
	259 261 264
CHAPITRE 12 – LE CONTEXTE LÉGISLATIF NATIONAL	259 261 264 269
CHAPITRE 12 – LE CONTEXTE LÉGISLATIF NATIONAL 1908-1960: L'HYSTÉRIE La Loi sur l'opium de 1908 Loi sur l'opium et les narcotiques de 1911	259 261 264 269 269
CHAPITRE 12 – LE CONTEXTE LÉGISLATIF NATIONAL 1908-1960: L'HYSTÉRIE La Loi sur l'opium de 1908 Loi sur l'opium et les narcotiques de 1911 Les amendements à la Loi sur l'opium et les narcotiques (1920-1938)	259 261 264 269 269 272
CHAPITRE 12 – LE CONTEXTE LÉGISLATIF NATIONAL 1908-1960: L'HYSTÉRIE La Loi sur l'opium de 1908 Loi sur l'opium et les narcotiques de 1911 Les amendements à la Loi sur l'opium et les narcotiques (1920-1938) Les modifications à la Loi sur l'opium et les narcotiques en 1954	259 261 264 269 269 272 281
CHAPITRE 12 – LE CONTEXTE LÉGISLATIF NATIONAL 1908-1960: L'HYSTÉRIE La Loi sur l'opium de 1908 Loi sur l'opium et les narcotiques de 1911 Les amendements à la Loi sur l'opium et les narcotiques (1920-1938) Les modifications à la Loi sur l'opium et les narcotiques en 1954 Le rapport du Sénat de 1955	259 261 264 269 269 272 281 282
CHAPITRE 12 – LE CONTEXTE LÉGISLATIF NATIONAL 1908-1960: L'HYSTÉRIE La Loi sur l'opium de 1908 Loi sur l'opium et les narcotiques de 1911 Les amendements à la Loi sur l'opium et les narcotiques (1920-1938) Les modifications à la Loi sur l'opium et les narcotiques en 1954 Le rapport du Sénat de 1955 DE 1960 À LA COMMISSION LE DAIN: À LA RECHERCHE DES RAISONS PERDUES	259 261 264 269 269 272 281 282 286
CHAPITRE 12 – LE CONTEXTE LÉGISLATIF NATIONAL 1908-1960: L'HYSTÉRIE La Loi sur l'opium de 1908 Loi sur l'opium et les narcotiques de 1911 Les amendements à la Loi sur l'opium et les narcotiques (1920-1938) Les modifications à la Loi sur l'opium et les narcotiques en 1954 Le rapport du Sénat de 1955 DE 1960 À LA COMMISSION LE DAIN: À LA RECHERCHE DES RAISONS PERDUES La Loi sur les stupéfiants (1961)	259 261 264 269 269 272 281 282 286 286
CHAPITRE 12 – LE CONTEXTE LÉGISLATIF NATIONAL 1908-1960: L'HYSTÉRIE La Loi sur l'opium de 1908 Loi sur l'opium et les narcotiques de 1911 Les amendements à la Loi sur l'opium et les narcotiques (1920-1938) Les modifications à la Loi sur l'opium et les narcotiques en 1954 Le rapport du Sénat de 1955 DE 1960 À LA COMMISSION LE DAIN: À LA RECHERCHE DES RAISONS PERDUES La Loi sur les stupéfiants (1961) La Loi sur les aliments et drogues et les barbituriques (1961)	259 261 264 269 269 272 281 282 286 286 288
CHAPITRE 12 – LE CONTEXTE LÉGISLATIF NATIONAL 1908-1960: L'HYSTÉRIE La Loi sur l'opium de 1908 Loi sur l'opium et les narcotiques de 1911 Les amendements à la Loi sur l'opium et les narcotiques (1920-1938) Les modifications à la Loi sur l'opium et les narcotiques en 1954 Le rapport du Sénat de 1955 DE 1960 À LA COMMISSION LE DAIN: À LA RECHERCHE DES RAISONS PERDUES La Loi sur les stupéfiants (1961)	259 261 264 269 269 272 281 282 286 286

Après Le Dain : la fuite en avant	303
La Loi réglementant certaines drogues et autres substances	305
CONCLUSIONS	315
CHARLES 12 Dick EMENTED PARTIES (AUTHOR DE CANADAC) DECEMBE	
CHAPITR E 13 – RÉGLEMENTER L'UTILISATION DU CANNBIS À DES FINS THÉRAPEUTIQUES	217
·	317
CADRE ENTOURANT LA RÉCENTE RÉGLEMENTATION	318
Article 56 – Loi réglementant certaines drogues et autres substances	318
Contestations fondées sur la Charte – utilisation de la marijuana à des fins thérapeutiques	
Réaction du gouvernement	322
RÉGLEMENTATION SUR L'ACCÈS À LA MARIJUANA À DES FINS MÉDICALES	323
Autoristion de posséder	324
Licences de production	328
Autres dispositions	329
ACCÈS HUMANITAIRE ?	329
Admissibilité	330
Accès au cannabis	335
Produits	338
Coûts	338
POURSUIVRE LA RECHERCHE	340
Recherche scientifique	340
Marijuana propre à la recherche	343
Conclusions	344
CHAPITRE 14 – PRATIQUES POLICIÈRES	347
ORGANISMES D'EXÉCUTION DE LA LOI	347
GRC	347
L'Agence des douanes et du revenu du Canada	350
Polices municipales et provinciales	352
Coûts	353
POUVOIRS POLICIERS	358
Fouilles perquisitions et saisies	360
La provocation policière et les activités illégales	374
Conclusion	379
STATISTIQUES	380
Incidents relatés	380
Accusations	383
Inquiétudes	386
La Loi sur les douanes – amendes	389
SAISIES	390
CONCLUSIONS	392
CHAPITRE 15 – LE SYSTÈME DE JUSTICE PÉNALE	393
Poursuites	393
Tribunaux	394
Les tribunaux de traitement de la toxicomanie	395
DÉCISION ET DÉTERMINATION DE LA SANCTION	399
	402
	406
	409
	415

CHAPITRE 16 – PRATIQUES PRÉVENTIVES	417
DES ACTIONS QUI NE SONT PAS À LA HAUTEUR DES DISCOURS	421
On ne fait pas suffisamment de prévention	422
La prévention est insuffisamment ciblée	424
On ne fait pas suffisamment l'évaluation des mesures de prévention	426
Les messages sociaux contredisent les messages de prévention	427
Il existe une connaissance dont il faut s'inspirer	428
Prévenir: Quoi? Comment?	429
RÉDUCTION DES RISQUES, RÉDUCTION DES MÉFAITS	441
Conclusions	443
CONCLOSIONS	
CHAPITRE 17 – PRATIQUES DE SOINS	445
DÉPENDANCES AU CANNABIS	445
FORMES DE TRAITEMENT	451
L'EFFICACITÉ DES TRAIT EMENTS	453
CONCLUSIONS	456
CHAPITRE 18 – OBSERVATIONS SUR LES PRATIQUES	457
DES DIFFICULTÉS D'ARTICULATION ENTRE LES ACTEURS	457
UN ARRIMAGE DIFFICILE ENTRE LES APPROCHES	459
DES COÛTS ÉCONOMIQUES ET SOCIAUX IMPORTANTS	462
CONCLUSIONS	467
	460
PARTIE IV – OPTIONS DE POLITIQUE PUBLIQUE	469
CHAPITRE 19 – LE CONTEXTE JURIDIQUE INTERNATIONAL	471
ÉLÉMENTS DE GÉNÉALOGIE	472
	475
La Conférence de Shanghai (1909) La Convention internationale de l'opium de 1912 (La Haye)	477
Les Conventions de l'opium de Genève (1925)	479
La Convention de Genève pour limiter la fabrication et réglementer la distribution	412
des stupéfiants (1931) / Accord de Bangkok sur la consommation d'opium (1931)	480
La Convention pour la répression du trafic illicite des drogues nuisibles (Genève, 19	36)482
La Deuxième Guerre mondiale	482
Le Protocole de Lake Success (1946)	483
Le Protocole de Paris (1948)	483
Le Protocole de l'opium de New York (1953)	484
LES TROIS CONVENTIONS ACTUELLES	485
La Convention unique sur les stupéfiants de 1961	485
Convention unique sur les stupenants de 1901 Convention sur les substances psychotropes	490
Protocole portant amendement à la Convention unique sur les stupéfiants de 1961	496
Convention contre le trafic illicite de stupéfiants et de substances psychotropes	498
*	
LINE MADCE DE MANGELIVEE?	
UNE MARGE DE MANŒUVRE? CONCLUSIONS	501 504

	*****	DEL OF STAM OF THE	T TO D D O OTTO TY Y TOWNS	. T TO CARTE TARTO
RAPPORT DU CO.	MITE SPECIAL	DU SENAT SUR	LES DROGUES ILLICITES	: LE CANNABIS

CHAPITRE 20 – POLITIQUES PUBLIQUES DANS D'AUTRES PAYS	507
FRANCE	508
Des logiques distinctives	508
Une politique publique intégrée	510
Cadre législatif	513
Quelques rapports clés	516
Statistiques sur l'usage et la répression	520
Coûts	523
PAYS-BAS	524
Le pragmatisme néerlandais ?	525
Des rapports d'experts fondateurs	527
La législation	533
Le régime des coffee shops	536
Données sur l'usage	538
ROYAUME UNI	542
Stratégie décennale de lutte contre la toxicomanie	542
Cadre législatif	543
Autres lois pertinentes au domaine de la toxicomanie	546
Débats au RU	547
Études et rapports récents	548
Administration	556
Coûts	556
Statistiques	558
LA SUÈDE	560
Stratégie nationale	562
Cadre législatif	566
Le débat en Suède	568
Rapports récents	569
Coûts	571
Administration	572
Statistiques	572
LA SUISSE	575
Une politique de réduction des risques	575
, ^ ^	583
Evolution du régime juridique Un projet de dépénalisation du cannabis	585
* * *	587
Administration de la politique suisse en matière de drogue Statistiques sur l'usage de stupéfiants et les infractions à la LStup	589
L'A USTRALIE	592
Stratégie nationale sur les drogues	592
Le cadre législatif	597
Décriminalisation du cannabis	601
Administration	603
	605
Statistiques Les États-Unis	607
	607
Le cadre législatif de l'administration fédérale et des États	610
La législation actuelle et son application	
Buts et objectifs de la politique fédérale de lutte contre les stupéfiants	619
Administration de la politique	622
Sujets d'actualité et débats	624 626
Statistiques	020

RAPPORT DU COMITÉ SPÉCIAL DU SÉNAT SUR LES DROGUES ILLICITES : LI	
CHAPITRE 21 – OPTIONS DE POLITIQUE PUBLIQUE	631
L'INEFFICACITÉ DES POLITIQUES PÉNALES	633
Des impacts sur la consommation ?	634
Des impacts sur l'offre ?	640
Conclusion	640
ÉCONOMIE GÉNÉRALE D'UNE POLITIQUE PUBLIQ UE SUR LE CANNABIS	641
COMPOSANTES D'UNE POLITIQUE PUBLIQ UE	644
Un centre de responsabilité fort	644
Interconnexion	645
Élaboration en commun d'objectifs partagés	645
Des outils de connaissance	645
OPTIONS LÉGISLATIVES	646
Clarifications terminologiques	646
Critères pour une politique juridique sur le cannabis	654
CONCLUSIONS ET RECOMMANDATIONS	659
IL Y A TRENTE ANS, LEDAIN	659
L'INEFFICACITÉ DES PRATIQUES ACTUELLES	661
UNE POLITIQUE PUBLIQUE BASÉE SUR DES PRINCIPES DIRECTEURS	663
UNE STRATÉGIE FÉDÉRALE CLAIRE ET COHÉRENTE	664
UNE STRATÉGIE NATIONALE SOUTENUE PAR DES MOYENS ET DES OUTILS	665
Une politique de santé publique	667
UNE APPROCHE RÉGLEMEN TAIRE SUR LE CANNABIS	670
UNE APPROCHE DE COMPASSION POUR LES USAGES THÉRAPEUTIQUES	671
DISPOSITIONS SUR LA CONDUITE SOUS L'INFLUENCE DU CANNABE	672
POURSUIVRE LA RECHERCHE	673
POSITIONNEMENT INTERNATIONAL DU CANADA	674
PROPOSITIONS DE MISE EN ŒUVRE DE LA RÉGLEMENTATION	
DU CANNABIS AUX FINS THÉRAPEUTIQUES ET RÉCRÉATIONNELLES	676
	681
BIBLIOGRAPHIE	001

GLOSSAIRE DES PRINCIPAUX TERMES

Abus

Terme vague qui reçoit une grande variété de significations, selon les contextes sociaux, médicaux, et juridiques. Selon certains, tout usage de drogues illicites est un abus : ainsi, les conventions internationales considèrent l'usage de toute substance prohibée pour des fins autres que médicales ou scientifiques comme un abus. Le Manuel diagnostic de l'Association américaine de psychiatrie définit l'abus comme un mode d'utilisation inadéquat d'une substance conduisant à une altération du fonctionnement ou à une souffrance cliniquement significative, et suggère 4 critères (voir le chapitre 7 du rapport). Nous lui préférons le concept d'usage excessif (ou usage nocif).

Accoutumance (de l'anglais addiction)

Terme général renvoyant aux phénomènes de tolérance et de pharmacodépendance. Le terme accoutumance est rarement utilisé en français qui utilise plutôt le terme toxicomanie.

Addiction

Certains auteurs utilisent ce terme issu de l'anglais pour désigner le processus par lequel un comportement, pouvant permettre une production de plaisir et d'écarter une sensation de malaise interne, est employé de façon caractérisée par l'impossibilité répétée de contrôler ce comportement et sa poursuite en dépit de la connaissance de ses conséquences négatives. Ces auteurs le préfèrent au concept de dépendance, celui-ci ne permettant pas de travailler sur la période qui précède la dépendance. Nous lui préférons le terme dépendance.

Agoniste

Se dit entre autres d'une substance qui agit sur un récepteur pour produire certaines réponses.

Anandamide

Neurotransmetteur agoniste du système cannabinoïde endogène. Bien que les rôles spécifiques de ces neurotransmetteurs ne soient pas encore définis, ils semblent agir comme des neuromodulateurs ; en effet, le THC augmente la libération de dopamine du noyau accumbens et du cortex préfrontal.

Cannabinoïdes

Récepteurs endogènes des molécules actives du cannabis, notamment le THC. Deux récepteurs endogènes ont été identifiés : CB_1 existent en grande densité dans l'hippocampe, le ganglion basal, les corps cérébelleux, et le cortex cérébral et CB_2 , ils sont particulièrement abondants dans le système immunitaire Les effets centraux du cannabis semblent être exclusivement reliés aux récepteurs CB_1 .

Cannabis

Il existe trois variétés de plantes de cannabis, le *cannabis sativa*, le *cannabis indica*, et le *cannabis ruredalis*. La plante de la variété *cannabis sativa* est la plus répandue poussant dans presque tous les sols. La plante de cannabis est connue en Chine depuis environ 6000 ans. À partir des sommités florifères de la plante de cannabis, mais aussi parfois des feuilles, on obtient le tabac à fumer. Sous cette forme, l'appellation la plus courante est le pot, mais on le désigne aussi sous le nom de mari, herbe, dope, ganja. La résine extraite de la plante sert à fabriquer le haschich.

Généralement classifié sous les psychotropes, le cannabis est un perturbateur du système nerveux central. Le cannabis contient plus de 460 produits chimiques connus, dont plus de 60 sont désignés sous le nom de cannabinoïdes. Le principal ingrédient actif du cannabis est le delta-9-tétrahydrocannabinol, communément appelé THC. D'autres cannabinoïdes présents incluent le delta-8-tétrahydrocannabinol, le camabinol et le cannabidiol mais ils sont présents en faibles quantités et n'exercent pas d'effets significatifs sur le comportement des individus, comparativement au THC. Ils peuvent cependant contribuer à moduler l'effet global du produit. Dans le rapport, nous utilisons le terme cannabis pour désigner l'ensemble des produits, et n'utilisons marijuana ou haschich que lorsque nous désignons ces dérivés spécifiquement.

Commission sur les drogues (CND)

La Commission sur les narcotiques a été créé en 1946 par le Conseil économique et social des Nations Unies. La Commission est le principal organisme d'élaboration de politiques sur les drogues au sein du système onusien. Elle examine la situation mondiale relativement à l'abus de drogues et fait des propositions pour renforcer le contrôle international des drogues.

Conduite (ou usage) à risque

Comportement d'usage qui met la personne à risque de développer des problèmes de dépendance à la substance. La conduite à risque se compose de l'interaction complexe entre au moins quatre facteurs : le contexte d'usage, la quantité consommée, la fréquence de la consommation et la durée et l'intensité de la consommation. (Nous proposons des critères à la conclusion du rapport).

Conventions internationales

Sous l'égide de la Société des Nations en 1908 puis des Nations Unies, diverses conventions internationales réglementent la possession, l'usage, la fabrication, la distribution, le commerce, etc., des substances psychotropes. Les trois principales conventions sont celles de 1961, 1971 et 1988. Le Canada a ratifié ces trois conventions. Ces conventions, dont l'application est assujettie aux lois constitutionnelles des signataires, établissent un système de réglementation où seuls les usages aux fins médicales et scientifiques sont permis. Ce système est axé sur la prohibition des plantes source (coca, opium et cannabis) et sur le contrôle des dérivés synthétiques fabriqués par les compagnies pharmaceutiques.

Décriminalisation

Opération consistant à retirer un comportement de la «compétence» du système de justice criminelle. On distingue habituellement entre décriminalisation de droit (ou de jure) impliquant une modification législative du Code criminel (ou de toute loi de nature criminelle) et décriminalisation de fait (ou de facto) où il s'agit d'une décision administrative de ne pas poursuivre le comportement qui demeure cependant illégal. La décriminalisation ne concerne que le Code criminel (ou toute loi de nature criminelle), et ne signifie pas que l'on retire la compétence du système juridique dans son ensemble. D'autres lois non criminelles peuvent réguler et contrôler le comportement qui a été décriminalisé (infractions civiles, réglementaires, etc.).

Déjudiciarisation

Réfère aux mesures alternatives à la poursuite ou à la condamnation pénale d'un acte qui demeure par ailleurs prohibé. La déjudiciarisation peut se faire avant la mise en accusation, par exemple si la personne inculpée consent à suivre un traitement. Elle peut aussi se faire au moment de la sanction, et prend alors la forme de sanctions de travail communautaire ou de traitement.

Demi-vie

Temps requis pour la diminution de moitié de la concentration d'une drogue dans le sang. La demi-vie d'élimination du THC est en moyenne de 4,3 jours. Suite au phénomène de tolérance métabolique, les consommateurs réguliers métabolisent et excrètent le produit plus rapidement que les usagers occasionnels. D'autre part, à cause de sa très grande liposolubilité, l'administration répétée du THC provoque son accumulation dans les graisses. Du fait de ce stockage graisseux, la demi-vie d'élimination tissulaire du THC peut atteindre 7 à 12 jours chez les consommateurs réguliers. La consommation prolongée du cannabis se traduit donc par une période d'élimination plus longue du THC. Ainsi, même après une semaine, 20 à 30 % du THC administré et ses métabolites demeurent dans l'organisme. Le THC et ses métabolites sont graduellement excrétés dans l'urine (environ un tiers) et dans les matières fécales (environ deux tiers). Des traces de THC ou de ses métabolites peuvent être détectées dans l'urine jusqu'à 30 jours après sa consommation

Dépénalisation

Opération consistant à modifier les peines (sanctions) associées à un acte dans le Code criminel. La dépénalisation signifie la plupart du temps le fait d'abroger les dispositions permettant une sanction d'incarcération.

Dépendance

État où l'usager de drogue continue de consommer même si l'usage entraîne des problèmes qui peuvent être d'ordre physique, psychologique, relationnel, familial, ou social. La dépendance est un phénomène complexe qui peut avoir des composantes génétiques. La dépendance psychologique renvoie aux effets psychiques caractérisés par le désir insistant et persistant de consommer la drogue. La dépendance physique renvoie aux mécanismes d'adaptation de l'organisme à la consommation prolongée et peut s'accompagner d'une tolérance acquise. L'Association psychiatrique américaine propose 7 critères (voir chapitre 7).

Dopamine

Neuromédiateur impliqué notamment dans les mécanismes de perception du plaisir.

Drogue

Terme qui renvoie généralement aux substances illicites par opposition à d'autres substances telles l'alcool, la nicotine ou des médicaments psychotropes. En pharmacologie, le terme réfère à tout agent chimique qui modifie les processus biochimiques ou physiologiques des tissus ou de l'organisme. En ce sens, le terme drogue s'applique à toute substance qui est consommée principalement pour ses effets psychoactifs.

Effets aigus

Se dit des effets résultant de l'action ponctuelle d'un médicament et généralement des effets à court terme. Ces effets peuvent être centraux (sur les fonctions cérébrales) ou périphériques (sur le système nerveux).

Effets chroniques

Se dit des effets qui se développent avec le temps, à la suite de la prise ou de l'administration régulière d'une substance. Dans le rapport, nous avons préféré parler des conséquences de l'usage prolongé plutôt que d'effets chroniques.

Escalade (théorie de)

Théorie qui suggère une séquence progressive dans l'utilisation des drogues, nicotine, alcool, cannabis, puis les drogues «dures». Elle repose sur une association statistique entre l'usage de drogues dures et le fait que ces personnes aient d'abord consommé du cannabis. Cette théorie n'a reçu aucune validation empirique et est tombée en désuétude.

Haschich

Résine issue de la plante de cannabis et transformée en pâte.

Intoxication

Perturbations qu'exerce une substance sur l'organisme. On distingue généralement quatre niveaux d'intoxication : légère, modérée, grave et mortelle.

Joint

Cigarette de marijuana, avec ou sans tabac. Le fait que deux cigarettes ne soient jamais identiques rend difficile l'analyse scientifique des effets du principe actif, notamment pour les études sur le cannabis thérapeutique.

Légalisation

Système de réglementation permettant la culture, production, fabrication, commercialisation, vente et usage de substances. Un système de légalisation peut être avec (réglementation) ou sans (libre marché) contrôles de l'État.

Liposolubilité

Propriété biophysique d'une substance de se répandre et se dissoudre plus ou moins facilement dans les graisses de l'organisme. Le THC est très liposoluble.

Marijuana

Nom mexicain qui désigne initialement une cigarette de mauvaise qualité. Par extension est devenu un équivalent pour désigner le cannabis.

Narcotique

Substance provoquant un état de torpeur ou un sommeil artificiel.

Observatoire européen des drogues et des toxicomanies (OEDT)

L'OEDT a été créé en 1993 pour apporter à la Communauté européenne et à ses États membres "des informations objectives, fiables et comparables au niveau européen sur le phénomène des drogues et des toxicomanies et leurs conséquences". Les informations statistiques, documentaires et techniques traitées ou produites par l'Observatoire fournissent à son audience une image d'ensemble sur le phénomène des drogues en Europe. L'Observatoire travaille uniquement dans le domaine de l'information. Il est composé d'un réseau de correspondants nationaux dans chacun des pays de l'Union.

Organe international de contrôle des stupéfiants (OICS)

L'Organe international de contrôle des stupéfiants (OICS ou Organe) est un organisme de contrôle indépendant et quasi-judiciaire chargé de l'application des conventions des Nations Unies sur les drogues; il a été créé en 1968 par la Convention unique sur les stupéfiants de 1961. Il a eu des prédécesseurs créés par les précédentes conventions sur les drogues, dès l'époque de la Société des Nations. L'organe est maintenant chargé de faire des recommandation à la

Commission sur les narcotiques relativement aux substances à placer dans les annexes des conventions.

Organisation mondiale de la santé (OMS)

Créée en 1948, l'OMS est l'agence des Nations Unis spécialisée dans les questions de santé. Son mandat est de favoriser le plus haut degré de santé possible. La santé est définie comme un état global de bien-être physique, psychologique et social et non seulement comme l'absence de maladie ou d'infirmité.

Office of national drug control policy (ONDCP) USA

Office national sur la politique de contrôle des drogues. Créé en 1984 sous la présidence Reagan, l'Office relève de la Maison Blanche. L'Office coordonne la politique américaine sur les drogues et gère un budget d'environ 18 milliards \$ US par année.

Opiacé

Substance contenant de l'opium ou exerçant une action comparable à celle de l'opium.

Pharmacodépendance

Voir dépendance.

Porte d'entrée (théorie de la)

Aussi nommée théorie de l'introduction. Semblable à la théorie de l'escalade mais renvoie plus spécifiquement au fait que les personnes qui se procurent du cannabis viennent en contact avec des milieux potentiellement criminogènes du fait que le cannabis soit illégal.

Programme des Nations Unies pour le contrôle international des drogues (PNUCID)

Mieux connu sous l'acronyme anglais UNDCP. Fondé en 1991, le Programme a pour objectif d'informer le monde sur les dangers de l'abus de drogues. Le programme vise à renforcer l'action internationale contre la production, le trafic et la criminalité reliée aux drogues en proposant des programmes de développement alternatif, de monitoring des cultures et de lutte au blanchiment d'argent. Le programme d'évaluation globale veut aussi fournir des données fiables et le programme d'assistance juridique aide les pays à rédiger des lois adéquates ainsi qu'à former le personnel du système de justice. Le PNUCID relève du Bureau des Nations Unies pour le contrôle des drogues et la prévention du crime.

Prohibition

Terme issu historiquement de la prohibition de l'alcool aux États-Unis entre 1919 et 1933. Par extension, ce terme renvoie aux politiques poursuivies par les États et par les Nations Unies qui visent une société sans drogue. La prohibition est un système fondé sur l'interdiction de la fabrication et de l'usage de drogues à l'exception des usages scientifiques et médicaux.

Psychotrope

Substance qui agit sur le psychisme en modifiant le fonctionnement mental, entraînant des changements dans les perceptions, l'humeur, la conscience, le comportement et diverses fonctions psychologiques et organiques. De manière spécifique réfère aux médicaments utilisés dans le traitement de désordres mentaux, tels les neuroleptiques, les anxiolytiques, etc. Renvoie aux médicaments couverts par la Convention de 1971.

Réglementation

Système de contrôle qui précise les conditions sous lesquelles il est permis de fabriquer, produire, commercialiser, prescrire, vendre ou acheter une substance. La réglementation peut être axée sur la prohibition (comme c'est le cas actuellement pour les drogues illicites) ou sur l'accès contrôlé (comme pour les médicaments psychotropes et l'alcool). Notre proposition de régime d'exemption sous conditions repose sur une approche réglementaire.

Société des Nations (SDN)

Prédécesseur de l'ONU, la SDN était l'organisation internationale des états jusqu'en 1938.

Stupéfiant

Se dit souvent des substances dont les effets psychoactifs peuvent entraîner des effets de tolérance et de dépendance. Plus correctement, ce terme ne devrait s'utiliser que pour désigner les dépresseurs du système nerveux central tels les opiacés.

Substance psychoactive

Substance qui modifie les processus mentaux tels la pensée ou les émotions. Terme plus neutre que drogue, et qui ne distingue pas les substances selon leur statut juridique (licites, illicites) c'est celui que nous préférons utiliser dans le rapport.

Tétrahydrocannabinol (\Delta 9-THC)

Principal composant actif du cannabis, le $\Delta 9$ -THC est très liposoluble, a une demi-vie d'élimination très longue, et ses effets psychoactifs sont modulés par les autres cannabinoïdes du cannabis. À l'état naturel, le cannabis contient entre 0,5% et 5% de concentration en THC. Les modes de culture sophistiqués, la sélection des plants, le choix entre des plants femelles, permettent d'atteindre des concentrations plus élevées, pouvant dans certains cas aller jusqu'à 30%.

Tolérance

État induit par la consommation chronique d'une substance menant à une diminution de la réponse de l'organisme et une capacité plus grande de supporter ses effets.

Toxicité

Qualité spécifique à une substance d'entraîner l'intoxication. Le cannabis a une toxicité très faible et ne présente à peu près aucun risque de surdose.

Toxicomanie

Terme le plus fréquemment utilisé en langue française pour désigner les phénomènes que l'anglais désigne sous le terme addiction. Usage répété d'une ou plusieurs substances de telle sorte que l'usager (alors désigné sous le terme «toxicomane ») est en état régulier ou chronique d'intoxication, ressent le besoin de consommer, a de la difficulté à cesser la prise, et cherche à se procurer la substance. Cet état est généralement caractérisé par la tolérance et la dépendance à la substance ainsi que par un usage compulsif. Malgré son usage répandu, l'OMS a recommandé dès 1960 d'en abandonner l'usage pour cause d'imprécision, et de lui préférer le terme de dépendance.

PARTIE IV

OPTIONS DE POLITIQUE PUBLIQUE

CHAPITRE 19

LE CONTEXTE JURIDIQUE INTERNATIONAL

Ce chapitre pourrait commencer et se terminer sur une phrase : l'architecture des conventions internationales sur les drogues est un carcan qui, en ce qui concerne du moins le cannabis, est tout à fait irrationnel et n'a rien à voir avec des considérations scientifiques ni de santé publique.

Un carcan fort utile par ailleurs pour poursuivre une politique de prohibition, car lorsqu'à bout d'arguments scientifiques et de santé publique, les tenants de l'approche prohibitionniste ont beau jeu de s'en remettre aux conventions que le Canada a signées. Plus que signées en fait puisque grâce à certains hommes, policiers et fonctionnaires fédéraux, il en a été l'un des principaux protagonistes.

Il existe actuellement trois conventions qui régissent toutes les phases de la vie des drogues, depuis la culture des plantes jusqu'à la consommation personnelle. Ce sont la Convention unique sur les stupéfiants de 1961 (Convention unique)¹, la Convention sur les substances psychotropes de 1971 (Convention sur les psychotropes)², et la Convention contre le trafic illicite des stupéfiants et des substances psychotropes de 1988³ (Convention sur le trafic illicite). En plus de créer un droit international sur les drogues, elles créent aussi des organes et des modes de contrôle, soit politique soit bureaucratique.

Mais ces conventions ont une histoire qui a commencé bien avant la Convention unique. Histoire qui permet de mieux saisir les enjeux qui ont présidé à leur élaboration et de saisir le sens de ce qu'elles sont aujourd'hui; c'est l'objet de la première section. Ces conventions créent des obligations, comme le suggère la deuxième section, des obligations détaillées mais qui n'en sont pas moins des obligations morales plutôt que des obligations en droit interne. Et ces conventions sont un patchwork de compromis laissant aux États une certaine marge de manœuvre que nous explorons à la troisième section.

¹ Convention unique sur les stupéfiants de 1961 (RTC 1964/30), modifiée par le Protocole portant amendement de la Convention unique sur les stupéfiants de 1961 (RTC 1976/48). La Convention unique est entrée en vigueur au Canada en 1964 et le Protocole en 1976.

² Convention sur les substances psychotropes, RTC 1988/35. Cette Convention est entrée en vigueur au Canada en 1988.

³ Convention contre le trafic illicite des stupéfiants et des substances psychotropes, RTC 1990/42, entrée en vigueur au Canada en 1990.

ÉLÉMENTS DE GÉNÉALOGIE

L'architecture des conventions internationales qui régissent la production et le commerce des drogues est fascinante et unique. Tout commence au milieu du XIXe siècle alors que Royaume-Uni et la Chine se sont livrées deux guerres, rapidement gagnées par les Britanniques, au sujet du commerce de l'opium. Et dans cette partie de l'histoire, les rôles sont inversés: les Britanniques qui détiennent le monopole de l'opium de la Compagnie des Indes refusent d'abandonner ce commerce lucratif, alors que la Chine tente, depuis plusieurs décennies, de mettre fin à l'usage de l'opium, non pas tant pour des raisons sanitaires que pour des raisons économiques car ce trafic lui coûte cher.

[Traduction] « La Chine avait longtemps dominé les relations commerciales avec l'Occident, exportant soieries, poteries fines, thés et autres produits, tandis qu'elle attendait peu de l'extérieur. (...) L'exportation d'opium vers la Chine devenait ainsi, pour les gouvernements coloniaux, une manière de résoudre leur déficit commercial avec la Chine. La production d'opium était un gagne-pain pour de nombreux paysans, marchands, banquiers et fonctionnaires de l'état. Les exportations vers la Chine étaient une source de monnaie forte, réduisant ainsi les flux sorties de capitaux. »

Alors que Royaume-Uni regimbe à instaurer des mécanismes de contrôle qui la priveraient de cette rentrée de devises fortes, les États-Unis comprennent, au début du siècle, qu'il s'agit là d'une occasion rêvée pour s'imposer sur la scène internationale.

À ces éléments de géopolitique des drogues avant l'heure, se mélangent en un savant cocktail des attitudes racistes, des intérêts économiques et des intérêts de politique intérieure bien compris. Nous avons déjà fait mention, aux chapitres 10 et 12 de certains aspects du racisme antichinois qui ont marqué le début du siècle au Canada. La même chose se vérifiait aux États-Unis.

«Les États-Unis ont plusieurs raisons de donner suite à cette proposition. La raison officielle est d'ordre moral: à une époque où les ligues de tempérance et les églises réclament la Prohibition, l'Amérique puritaine décide de prendre la tête de la croisade mondiale de la civilisation. Elle prétend protéger les races non civilisées des méfaits de l'opium et des boissons alcooliques. Mais elle a également d'autres raisons moins avouables. Sous la pression des syndicats qui redoutent la concurrence de la main-d'œuvre d'origine chinoise, elle vote les Exclusion Laws, textes ouvertement xénophobes, destinés à contenir le péril jaune. Elle répand alors le mythe de « l'immonde opiomane chinois », adonné à son vice et prêt à contaminer la jeunesse américaine. »

Le gouvernement chinois a évidemment protesté fortement contre ces lois, mais l'Empire du Milieu, victime de ses conflits et de sa désorganisation interne, avait peu de moyens de s'imposer sur la scène internationale. Tout en continuant sa lutte contre la

⁵ Caballero, F. et Y. Bisiou (2000) Droit de la drogue. Paris: Dalloz, 2e édition, page 36.

⁴ McAllister, W.B., (1999) Drug Diplomacy in the Twentieth Century. An international history. Pages 10-11.

consommation d'opium sur son territoire, la Chine s'est donc mise elle-même à favoriser la production locale du pavot.

Par ailleurs, l'industrie pharmaceutique, qui était en pleine croissance depuis le milieu du XIXe siècle, pouvait produire de plus en plus de médicaments à faible prix, dont plusieurs contenaient des extraits de coca ou d'opium.

[Traduction] « Au milieu des années 1880, la réaction euphorique à la découverte de la cocaïne fit boule de neige. Les compagnies pharmaceutiques s'empressèrent de passer des commandes, mais comme la quantité de feuilles de coca fraîches était insuffisante, les prix ont explosé. Pour satisfaire à la demande et participer à la manne, certaines puissances impériales augmentèrent leurs efforts afin de développer le commerce de la coca. (...) En quelques années, la production augmenta significativement, la production de pâte de coca se répandait, tandis que les feuilles de coca étaient une marchandise négociée sur les places financières et que les compagnies pharmaceutiques se faisaient la lutte pour les meilleurs prix, la disponibilité et la qualité du produit. Encore peu disponible en 1885, la cocaïne devint bientôt l'emblème de l'économie politique internationale, moderne et technologique. (...) Au début du XXe siècle, la cocaïne était en troisième place en terme de valeur parmi toutes les drogues, la popularité encore plus grande de la morphine et de la quinine résultant de la même constellation de facteurs — un complexe pharmaceutico-industriel en pleine expansion. »

Troisième élément, la professionnalisation et le pouvoir social croissants du corps médical. Il s'agissait en quelque sorte de lutter contre une médecine populaire, réputée génératrice d'abus et de charlatanisme, mais surtout exercée en marge des corporations de médecins et donc moins contrôlée par «l'autorité » médicale savante. Sûr de sa science, le puissant lobby médical allait rapidement s'imposer pour demander une réglementation des drogues et le pouvoir unique de diagnostic et de prescription.

Enfin, quatrième élément et non le moindre, s'ajoutent les considérations morales. Les mouvements de tempérance luttant contre les «vices» moraux et sociaux que représentaient l'alcool et les drogues étaient en pleine expansion et portaient un pouvoir politique important que les prohibitionnistes ont su utiliser brillamment.

Le coup de pouce final viendra de la décision, en 1906, du nouveau gouvernement britannique libéral de s'opposer au commerce de l'opium imposé entre l'Inde et la Chine, si bien que le gouvernement chinois a pu amorcer une vaste campagne contre la consommation et la production de l'opium. La Grande-Bretagne a convenu, en 1907, de réduire de 10 % par année les exportations d'opium indien vers la Chine, tant que cette dernière permettrait une vérification indépendante des réductions apportées à sa propre production. L'accord s'est avéré plus efficace que ne l'avaient prévu les deux pays, jusqu'à la chute de la dynastie Manchu (Ch'ing) en 1911, après laquelle les seigneurs de guerre chinois ont commencé à encourager la production de l'opium sur une grande échelle en vue de financer leurs dépenses militaires. Néanmoins, les futurs tenants de la prohibition devaient considérer l'« accord de dix ans » de 1907 comme le premier « traité » de l'opium couronné de succès ; pendant les 60 prochaines années, cet

⁶ McAllister, op. cit., pages 15-16.

accord allait donner le ton aux négociations relatives au contrôle international des stupéfiants⁷. La table était mise pour la première d'une longue suite de conférences internationales et de traités et conventions qui en ressortiraient, comme le démontre le tableau suivant.⁸

Accords multilatéraux sur les stupéfiants et les substances psychotropes⁹

Date et lieu de la	Titre de l'accord	Date d'entrée en vigueu
signature		
26 février 1909	Résolutions finales de la Commission	Sans objet
Shanghai, Chine	internationale de l'opium 1	
23 janvier 1912	Convention internationale de l'opium	11 février 1915 /
La Haye, Pays Bas		28 juin 1919 ²
11 février 1925	Accord concernant la fabrication, le commerce	28 juillet 1926
Genève, Suisse	intérieur et l'usage de l'opium préparé	
19 février 1925	Convention internationale de l'opium	25 septembre 1928
Genève, Suisse		
13 juillet 1931	Convention pour limiter la fabrication et	9 juillet 1933
Genève, Suisse	réglementer la distribution des stupéfiants 3	
27 novembre 1931	Accord sur le contrôle de la consommation	22 avril 1937
Bangkok, Thaïlande	d'opium dans l'Extrême-Orient	
26 juin 1936	Convention pour la répression du trafic illicite des	26 octobre 1939
Genève, Suisse	drogues nuisibles	
11 décembre 1946	Protocole portant amendement aux Accords,	11 décembre 1946
Lake Success, New York,	Conventions et Protocoles sur les stupéfiants,	
ÉU.	conclus à La Haye le 23 janvier 1912, à Genève le	
	11 février 1925, le 19 février 1925 et le 13 juillet	
	1931, à Bangkok le 27 novembre 1931, et à	
	Genève le 26 juin 1936	
19 novembre 1948	Protocole plaçant sous contrôle international	1er décembre 1949
Paris, France	certaines drogues non visées par la Convention	
	du 13 juillet 1931 pour limiter la fabrication et	
	réglementer la distribution des stupéfiants,	
	amendé par le Protocole signé à Lake Success,	
	New York, le 11 décembre 1946	
23 juin 1953	Protocole visant à limiter et à réglementer la	8 mars 1963
New York, ÉU.	culture du pavot, ainsi que la production, le	
,	commerce international, le commerce de gros et	
	l'emploi de l'opium	
30 mars 1961	Convention unique sur les stupéfiants de 1961	13 décembre 1964

⁷ McAllister, op. cit., pages 24-27.

⁸ Ce tableau, ainsi que le texte de cette section sont le fruit de l'excellent rapport préparé à la demande du Comité par la Bibliothèque du Parlement: Sinha, J. (2001) L'histoire et l'évolution des principales conventions internationales de contrôle des stupéfiants. Ottawa: Bibliothèque du Parlement, Direction de la recherche parlementaire, disponible sur le site Internet du Comité à www.parl.gc.ca/drogues-illicites.asp 9 Sources: Recueil des traités du Canada; Kettil Bruun, Lynn Pan et Ingemar Rexed, (1975) The Gentlemen's Club: International Control of Drugs and Alcohol, Chicago: University of Chicago Press; États-Unis, (1972) International Narcotics Control: A Source Book of Conventions, Protocols, and Multilateral Agreements, 1909-1971, Washington (D.C.), Bureau of Narcotics & Dangerous Drugs.

New York, ÉU.		
21 février 1971 Vienne, Autriche	Convention sur les substances psychotropes	16 août 1976
25 mars 1972 Genève, Suisse	Protocole portant amendement à la Convention unique sur les stupéfiants de 1961	8 août 1975
20 décembre 1988 Vienne, Autriche	Convention des Nations Unies contre le trafic illicite de stupéfiants et de substances psychotropes	11 novembre 1990

¹ Il s'agit de l'unique document du Tableau qui n'est pas un traité multilatéral exécutoire. Nous l'avons inclus parce qu'il marque le début d'une importante collaboration internationale en matière de contrôle de stupéfiants.

³ Modifiée par le Protocole signé à Lake Success, New York, le 11 décembre 1946.

La Conférence de Shanghai (1909)

L'intérêt des États-Unis à l'égard du contrôle international des stupéfiants s'est considérablement accru à la suite de la Guerre hispano-américaine, qui a mené à l'acquisition des Philippines par l'Amérique en 1898. 10 Avec cette acquisition, l'administration américaine héritait en effet d'une situation qui, à ses yeux, constituait un problème sérieux : un monopole étatique de l'approvisionnement en opium. Sous la direction du nouvel évêque épiscopal des Philippines, Charles Henry Brent, le monopole a été aboli, mais la contrebande continuait; Brent, qui percevait le problème de l'opium comme une question morale et l'usage de stupéfiants comme un « vice social... un crime » a convaincu le président Theodore Roosevelt d'appuyer l'organisation d'une réunion internationale à Shanghai afin de corriger ce qui était manifestement un problème régional. 11

En février 1909, la Commission internationale de l'opium¹² s'est réunie à Shanghai, et Brent en était le président. Toutefois, parce que les participants ne disposaient pas des pouvoirs plénipotentiaires requis pour conclure un traité, le résultat de la réunion a été simplement une compilation de faits et un ensemble de recommandations non contraignantes. Durant les discussions au sujet du mandat de la Commission, on s'est demandé si cette dernière devait tenir compte de questions de nature médicale associées aux drogues, telles que la toxicomanie et son traitement ; la proposition a été rejetée (par une majorité d'une voix) parce qu'on croyait que la représentation de l'expertise médicale était inadéquate à la réunion.

13 Il s'agissait d'un

² La Chine, les Pays Bas et les États-Unis ont mis en application la Convention en 1915 (le Honduras et la Norvège ont emboîté le pas la même année). C'est uniquement à l'intégration de la Convention dans le Traité de Versailles en 1919 qu'elle est entrée en vigueur à l'échelle mondiale.

¹⁰ Lowes, P.D., (1966) The Genesis of International narcotics Control. Genève: Droz, page 102.

¹¹ Bewley-Taylor, D.R., (1999) The United States and International Drug Control., page 19.

¹² La Commission réunissait toutes les puissances coloniales de la région – la Grande-Bretagne, la France, l'Allemagne, le Japon, les Pays-Bas, le Portugal et la Russie – ainsi que la Chine, le Siam [aujourd'hui la Thaïlande], la Perse [aujourd'hui l'Iran], l'Italie et l'Autriche-Hongrie (McAllister (2000)) op. cit., page 28).

¹³ Bruun et coll., (1975), op. cit., page 11; Lowes (1966), op. cit., page 187-188.

précédent lourd de conséquences : à la plupart des réunions futures, il y aurait surtout des diplomates et des fonctionnaires, et une contribution peu importante des experts en médecine.

Les négociations menées durant les réunions de la Commission ont préparé le terrain pour les conférences subséquentes. Les États-Unis, représentés de manière agressive par Hamilton Wright, ont tenté de convaincre les puissances coloniales d'appuyer une définition étroite de l'« usage légitime » de l'opium, selon laquelle tout usage non médical ou non scientifique — à la lumière des normes médicales et scientifiques occidentales — serait jugé illicite. Les puissances coloniales ont défendu une approche moins rigoureuse, qui permettrait un «usage quasi-médical ». Dans la formulation finale de la Résolution 3, la Commission concluait que [Traduction] « l'usage de l'opium à toute fin autre que des fins médicales est considéré par presque tous les pays participants comme étant sujet à la prohibition ou à une réglementation prudente; et chaque pays, dans le cadre de l'administration de son système ou de sa réglementation, vise dans la mesure du possible une rigueur de plus en plus grande » [soulignés dans le texte original].

La Commission était, dans les faits, très peu «internationale». On a ciblé principalement les problèmes liés à l'opium en Chine – cinq des neuf résolutions désignaient la Chine explicitement – et les États-Unis et la Grande-Bretagne ont dominé les discussions. Les États-Unis voulaient imposer la prohibition et estimaient que la Chine avait besoin d'aide pour venir à bout des problèmes liés à l'opium à l'intérieur de ses frontières. La Grande-Bretagne tentait de protéger son lucratif commerce d'opium indien, avançant que l'interruption de ce commerce serait inutile tant que la Chine ne maîtriserait pas sa production nationale. 14

Il convient de signaler les objectifs politiques et économiques nationaux qui sous-tendaient la position rigoureuse de la délégation américaine à la réunion de Shanghai et qui devaient avoir une incidence sur les négociations ultérieures. On présumait que si les autres pays réglementaient leur production et leurs exportations d'opium, les États-Unis n'auraient pas à assumer cette tâche, puisque le pavot et la feuille de coca n'avaient jamais poussé en quantités importantes en Amérique du Nord. De plus, les accords internationaux poussant les pays à adopter des mesures internes drastiques renforçaient la position de Brent et de Wright, qui pressaient le gouvernement américain d'élaborer des lois rigoureuses en matière de contrôle des stupéfiants. 15

¹⁴ Walker III, W. O., (1991) Opium and Foreign Policy: The Anglo-American Search for Order in Asia, 1912-1954, Chapel Hill (C. du N.): University of North Carolina Press, pages 16-17; Lowes (1966), op. cit., pages 152-153.

¹⁵ Musto, D.F., (1999) The American Disease: Origins of Narcotic Control. 3^e édition, Oxford: Oxford University Press, pages 36-37.

La Convention internationale de l'opium de 1912 (La Haye)

À la réunion de Shanghai, les Américains avaient proposé la tenue d'une conférence pour élaborer un traité de contrôle international des stupéfiants qui inclurait les résolutions de Shanghai, mais dans une formulation élargie et plus rigoureuse. D'autres pays ont contesté cette proposition, si bien qu'elle est restée lettre morte. Cependant, au cours des années suivantes, les États-Unis ont fait campagne continuellement et vigoureusement partout dans le monde en vue d'une nouvelle conférence. S'attaquer au problème de l'opium directement, publiquement et à l'échelle internationale était pour les États-Unis un moyen de réaliser leurs objectifs nationaux en matière de contrôle des stupéfiants, soit mettre un terme au lucratif commerce de stupéfiants dominé par les puissances coloniales et, gagnant la faveur des Chinois, améliorer ainsi les relations économiques sino-américaines. 16

Douze pays ont accepté de se réunir à La Haye, le 1et décembre 1911, afin d'élaborer un traité. The Encore une fois, Brent présidait la réunion et Wright dirigeait la délégation américaine. La plupart des pays avaient exigé des modifications au programme proposé par les États-Unis, qui visait principalement un contrôle rigoureux de la production, de la fabrication et de la distribution de l'opium en Asie. Par exemple, la Grande-Bretagne insistait pour que les drogues de synthèse – telles que la morphine, l'héroïne et la cocaïne – soient incluses dans les débats. Il s'agissait d'une tentative de diluer le programme axé sur l'opium et de détourner l'attention de la production d'opium indien. La Grande-Bretagne espérait aussi qu'un traité équitable entraînerait des règles de jeu uniformes permettant aux sociétés pharmaceutiques britanniques de rivaliser avec l'industrie allemande, qui dominait alors le secteur des drogues de synthèse. Es la comparation de la production des rivaliser avec l'industrie allemande, qui dominait alors le secteur des drogues de synthèse.

Les chapitres I et II de la *Convention internationale de l'opium* de 1912¹⁹ (Convention de La Haye de 1912) visaient l'opium brut et traité. Par exemple, l'article 1 exigeait que les parties [Traduction] « adoptent des lois et règlements efficaces visant à contrôler la production et la distribution de l'opium brut », à moins que de telles lois ne soient déjà en vigueur. La Convention reconnaissait aussi le principe (proposé par la délégation américaine) que l'usage de l'opium soit restreint aux fins médicales et scientifiques. Le chapitre IV visait à réduire le trafic de stupéfiants en Chine.

La chapitre III portait sur le contrôle de l'autorisation, de la fabrication et de la distribution des drogues de synthèse, mais l'Allemagne a veillé à ce que les dispositions soient faibles et vagues. L'article 10 permettait aux pays de déployer leurs «meilleurs efforts » en vue de mettre en oeuvre ces contrôles. De plus, l'Allemagne a refusé de

¹⁶ McAllister, W.B., (1992) «Conflicts of Interest in the International Drug Control System», dans Walker III, W.O., (ed.) *Drug Control Policy: Essays in Historical and Comparative Perspective*, University Park (Pennsylvanie): Pennsylvania State University Press, page 145.

¹⁷ Ces pays étaient l'Allemagne, la Chine, les États-Unis, la France, la Grande-Bretagne, les Pays-Bas, l'Italie, le Japon, la Perse [aujourd'hui l'Iran], le Portugal, la Russie et le Siam [aujourd'hui la Thaïlande].

¹⁸ McAllister (2000), op. cit., pages 32-33; Bruun et coll., (1975), op. cit., pages 11-12.

¹⁹ Conclue le 23 janvier 1912, entrée en vigueur le 28 juin 1919.

signer le traité avant qu'on ne convienne que tous les pays devaient ratifier²⁰ la Convention pour qu'elle entre en vigueur. Il s'agissait d'une tactique efficace pour retarder les mesures de contrôle, puisqu'il a fallu près d'une décennie avant que tous les pays aient ratifié le traité – l'Allemagne elle-même a procédé à la ratification uniquement parce qu'il s'agissait d'une des conditions du Traité de Versailles de 1919 mettant un terme à la Première Guerre mondiale.²¹

Wright s'est servi de la Convention de La Haye de 1912 dans sa campagne en faveur d'une loi antidrogue américaine : selon lui, il fallait une loi fédérale pour que les États-Unis s'acquittent de leurs obligations dans le cadre de la Convention. En 1916, la Cour suprême des États-Unis a tranché dans le sens contraire, mais entre-temps la Harrison Narcotics Act of 1914 était devenue la première loi fédérale sur le contrôle des stupéfiants aux Etats-Unis ; elle allait demeurer un pilier de la politique américaine en matière de lutte antidrogue pour les décennies à venir.²²

La création de la Société des Nations (SDN) en 1919, à la suite de la Première Guerre mondiale, dotait la collectivité internationale d'un organisme central pour l'administration du contrôle des stupéfiants. En 1920, la SDN a mis sur pied le Comité consultatif sur le trafic de l'opium et d'autres drogues nuisibles – connu sous le nom du Comité consultatif de l'opium (CCO), le précurseur de la Commission des stupéfiants des Nations Unies. L'Organisation d'hygiène de la Société des Nations – précurseur de l'Organisation mondiale de la santé des Nations Unies – a également été créée. L'administration de la Convention de La Haye de 1912 relevait initialement des Pays-Bas, mais a été transférée à la Commission de contrôle de l'opium par le CCO. La mise en application de la Convention était peu étendue, car les pays siégeant à la Commission de contrôle de l'opium étaient ceux qui profitaient le plus du commerce des stupéfiants.²³

La SDN s'est mise à examiner les questions sociomédicales (les enjeux liés à la « demande »), telles que les raisons qui poussent les gens à consommer de la drogue, les comportements qui constituent un usage abusif et les facteurs sociaux qui ont une incidence sur l'usage abusif. Cependant, la prohibition et les enjeux liés à l'« offre » ont rapidement repris la préséance, avec les préparatifs et les pourparlers – encore une fois lancés par les États-Unis – en vue d'un nouveau traité au milieu des années 1920. De manière générale, le régime international tendait à séparer l'étude des problèmes

²⁰ La ratification est le processus par lequel chaque pays promulgue une loi nationale de mise en oeuvre - à moins que des lois internes répondent déjà aux nouvelles obligations internationales - et, ainsi, consent à l'application du traité à l'intérieur de son territoire.

²¹ McAllister (2000), op. cit., pages 36-37; Bruun et coll., (1975), op. cit., page 12; Lowes (1966), op. cit., pages 182-186

²² Musto (1999), *op. cit.*, pages 59-63. Étant donné que la constitution américaine ne permettait pas un rôle fédéral direct dans la criminalisation de l'usage de drogues, Wright a élaboré la *Harrison Act* sous la forme d'un règlement fiscal – les médecins, pharmaciens, grossistes et détaillants devaient obtenir un timbre-taxe pour distribuer des drogues – et la mise en application de ce règlement relevait du ministère du Trésor. Ainsi, on a limité l'usage en restreignant l'accès. (McAllister (2000), *op. cit.*, page 35).

²³ McAllister (1992), op. cit., pages 145-146.

médicaux et sociaux associés aux drogues – y compris les questions étiologiques – des problèmes associés au contrôle antidrogue.²⁴

Les Conventions de l'opium de Genève (1925)

Même si les États-Unis avaient choisi de ne pas se joindre à la SDN, l'influence américaine sur les questions relatives au contrôle international des stupéfiants ne s'est pas estompée. Inquiets de l'effet limité de la Convention de La Haye de 1912 sur la contrebande de l'opium et, de plus en plus, sur celle des drogues fabriquées dans l'Asie de l'Est, les États-Unis ont pressé la SDN de convoquer une nouvelle conférence. La SDN craignait que si elle n'obtempérait pas, les États-Unis pourraient intervenir indépendamment.²⁵

Entre novembre 1924 et février 1925, deux conférences ont été tenues successivement et deux traités distincts ont été conclus. La première Convention de Genève²⁶ visait les nations productrices d'opium; les signataires pouvaient vendre de l'opium uniquement par l'entremise de monopoles gouvernementaux et étaient tenus de mettre fin au commerce entièrement dans un délai de 15 ans.

La deuxième Convention de Genève, la *Convention internationale de l'opium* ²⁷ (Convention de Genève de 1925), avait pour but d'assujettir à des contrôles mondiaux une gamme élargie de drogues, y compris, pour la première fois, le cannabis – désigné sous le nom de « Indian hemp » (marijuana) à l'article 11 de la Convention. Les articles 21 à 23 exigeaient que les parties soumettent des données statistiques annuelles sur : les stocks et la consommation de drogues, la production d'opium et de coca brut, ainsi que la fabrication et la distribution d'héroïne, de morphine et de cocaïne. Le chapitre VI substituait à la Commission de contrôle de l'opium un Comité central permanent de l'opium (CCPO)²⁸ comportant huit membres. Le chapitre V de la seconde Convention établissait un régime de certification des importations, supervisé par le CCPO, afin de contrôler le commerce international de la drogue en limitant les quantités que chaque pays pouvait importer légalement.

Alors que la Convention de La Haye de 1912 avait mis l'accent sur les contrôles nationaux, les Conventions de Genève tentaient d'améliorer le contrôle transnational. Les États-Unis avaient proposé une adhésion stricte au principe de l'usage exclusivement médical et scientifique de la drogue, ainsi que des contrôles rigoureux sur

²⁴ McAllister (2000), op. cit., pages 46-50; Lowes (1966), op. cit., page 188.

²⁵ McAllister (2000), op. cit., pages 50-51.

²⁶ Accord concernant la fabrication, le commerce intérieur et l'usage de l'opium préparé, conclu le 11 février 1925, entré en vigueur le 28 juillet 1926.

²⁷ Conclue le 19 février 1925, entrée en vigueur le 25 septembre 1928.

²⁸ Le CCPO devait être impartial et dépourvu de parti pris politique, mais son fonctionnement demeure extrêmement politique encore aujourd'hui (il existe toujours). Depuis sa création, il a toujours compté un représentant de la Grande-Bretagne, des États-Unis et de la France (McAllister (2000), *op. cit.*, page 83).

la production des drogues à la source. Lorsque ces propositions ont essuyé un rejet catégorique à la seconde conférence, la délégation américaine a quitté la conférence et n'a jamais signé les traités. De plus, la délégation chinoise s'est retirée parce qu'aucun accord sur la suppression de la consommation de l'opium n'a pu être conclu. ²⁹ Les deux pays se sont plutôt concentrés sur la mise en application de la Convention de La Haye de 1912.

La Convention de Genève pour limiter la fabrication et réglementer la distribution des stupéfiants (1931) / Accord de Bangkok sur la consommation d'opium (1931)

Le système de contrôle des importations mis en place à la suite de la Convention de Genève de 1925 ne s'est avéré efficace qu'en partie, car il suffisait d'acheminer les drogues par des pays non-signataires. En 1931, la Société des Nations a convoqué une nouvelle conférence à Genève afin d'imposer des limites à la fabrication de la cocaïne, de l'héroïne et de la morphine, et de contrôler leur distribution. Le résultat de cette conférence a été la Convention pour limiter la fabrication et réglementer la distribution des stupéfiants³⁰ (La Convention de limitation de 1931).

À compter de 1931, le Canada – qui s'était contenté de réagir aux efforts en matière de contrôle international des stupéfiants – a commencé à jouer un rôle actif en appuyant les efforts américains visant à élargir le contrôle à la source. Le colonel Charles Henry Ludovic Sharman, chef de la Division des stupéfiants – au sein du ministère des Pensions et de la Santé nationale – est devenu le maître d'oeuvre de la politique nationale et internationale du Canada en matière de drogues jusqu'aux années 1960. Le Canada, par l'entremise de Sharman, a grandement contribué aux négociations menant à la Convention de limitation de 1931.³¹

Il y avait aussi un nouvel acteur au sein de la délégation américaine : Harry J. Anslinger, premier Commissaire du nouveau Federal Bureau of Narcotics – il occuperait ce poste pendant 33 ans. Entièrement dévoué à la prohibition et au contrôle des stupéfiants à la source, Anslinger figure, de l'avis de nombreux observateurs, parmi ceux qui ont le plus grandement influencé l'élaboration de la politique américaine en matière de lutte antidrogues et, par conséquent, le contrôle international des stupéfiants jusqu'au début des années 1970.³²

L'élément central de la Convention de limitation de 1931 était le régime de limitation de la fabrication exposé dans les chapitres II et III. Les parties étaient tenues

²⁹ Bruun et coll., (1975), op. cit., page 14.

³⁰ Conclue le 13 juillet 1931, entrée en vigueur le 9 juillet 1933.

⁵¹ Giffen et coll., (2000), Panic and Indifference. The Politics of Canada's Drug Laws. Ottawa: Centre canadien du lutte contre l'alcoolisme et les toxicomanies, page 483.

³² Voir, par exemple, McAllister (2000), op. cit., pages 89-90; Bewley-Taylor (1999), op. cit., pages 102-164; Bruun et coll., (1975) op. cit., pages 137-141; Inglis, B. (1975) The Forbidden Game: A Social History of Drugs. Londres: Hodder & Stoughton, pages 181-190. Voir aussi Harry J. Anslinger et Will Oursler, «The War against the Murderers », dans Walker III, W.O. (1996) (ed.)., Drugs in the Western Hemisphere: An Odyssey of Cultures in Conflict, Wilmington (Delaware), Scholarly Resources Inc., 1996.

de soumettre au CCPO des estimations de leurs besoins nationaux en matière de drogues à des fins médicales et scientifiques; à la lumière de ces estimations, le CCPO devait calculer les plafonds de fabrication pour chacun des pays signataires. Un Organe de contrôle des stupéfiants (OCS) a été mis sur pied pour administrer le régime. L'article 26 réduisait considérablement l'efficacité de la Convention: les États n'assumaient aucune responsabilité découlant de la Convention en ce qui a trait à leurs colonies. L'article 15 obligeait les États à mettre sur pied une « administration spéciale » de contrôle national des stupéfiants, modelée dans une certaine mesure sur l'appareil de contrôle national américain. ³³

La Convention est entrée en vigueur rapidement parce que plusieurs pays et la SDN croyaient qu'elle pourrait servir de modèle aux négociations sur le contrôle des armements. La SDN a même préparé un rapport visant à expliquer comment les principes établis dans la Convention de Genève de 1925 et la Convention de limitation pouvaient s'appliquer aux questions de désarmement.³⁴

À la fin de 1931, une nouvelle conférence a été organisée au sujet de la consommation d'opium en Extrême-Orient. Le traité³⁵ conclu était faible, principalement parce que les États-Unis ont assisté à la conférence à titre d'observateur et que les puissances coloniales européennes n'étaient pas disposées à mettre en place des moyens efficaces pour contrôler l'usage de l'opium pendant une période où la surproduction et la contrebande étaient importantes. Le fait que la stratégie américaine axée sur la prohibition totale avait peu d'effet sur la contrebande et la consommation d'opium dans les Philippines ne facilitait pas la tâche des États-Unis, qui proposaient l'élimination de la culture du pavot. La principale conséquence de la conférence de Bangkok a été de convaincre les États-Unis de la nécessité d'une approche plus ferme pour lutter contre la production des matières premières et la contrebande de drogues illicites.³⁶

La Convention pour la répression du trafic illicite des drogues nuisibles (Genève, 1936)

Prenant appui sur des initiatives menées par la Commission internationale de police criminelle – le précurseur de l'Organisation internationale de police criminelle (INTERPOL) – on a amorcé des négociations en 1930 en vue d'élaborer un traité pour

³³ Par la suite, Anslinger a régulièrement eu recours à cette disposition pour protéger sa position et éviter que le Federal Bureau of Narcotics soit modifié au moyen d'une réorganisation (McAllister (2000), *op. cit.*, pages 98 et 108-109).

³⁴ Ibid., pages 110-111.

³⁵ Accord sur le contrôle de la consommation d'opium dans l'Extrême-Orient, conclu le 27 novembre 1931, entré en vigueur le 22 avril 1937.

³⁶ Taylor, A.C., (1969) American Diplomacy and the Narcotics Traffic, 1900-1939: A Study in International Humanitarian Reform Durham (N.C.): Duke University Press, pages 275-279; McAllister (2000), op. cit., page 106.

contrer le trafic illicite de drogues et punir sévèrement les trafiquants au moyen de sanctions criminelles.³⁷

En 1936, on a conclu la Convention pour la répression du trafic illicite des drogues muisibles³⁸ (Convention pour la répression du trafic de 1936) à Genève. Les États-Unis, menés par Anslinger, avaient tenté d'inclure dans le traité la criminalisation de toutes les activités – la culture, la production, la fabrication et la distribution – liées à l'usage de l'opium, du coca (et de ses dérivés) et du cannabis à des fins autres que médicales et scientifiques. De nombreux pays se sont opposés à cette proposition et le trafic illicite est demeuré au cœur des débats.³⁹ L'article 2 de la Convention encourageait les pays signataires à utiliser leur système national de droit criminel afin de réprimer [Traduction] « sévèrement », « en particulier au moyen de l'incarcération ou d'autres sanctions de privation de la liberté », les actes directement liés au trafic de stupéfiants.

Les États-Unis ont refusé de signer la version finale de la Convention, qu'ils jugeaient trop faible, particulièrement en ce qui a trait à l'extradition, à l'extraterritorialité et à la confiscation des recettes du trafic. Les Américains craignaient aussi que, en signant le traité, ils aient à assouplir leur régime national de contrôle criminel afin de se conformer à la Convention. En fait, la Convention n'a jamais bénéficié d'une acceptation générale, puisque la plupart des pays intéressés à cibler les trafiquants ont conclu leurs propres traités bilatéraux.

Malgré la faiblesse de son impact général, la Convention pour la répression du trafic de 1936 marquait un point tournant : tous les traités antérieurs avaient porté sur la réglementation d'activités « licites » liées aux drogues, tandis que la Convention pour la répression du trafic de 1936 faisait de ces activités un crime international passible de sanctions pénales.

La Deuxième Guerre mondiale

À la fin des années 1930, le Comité consultatif de l'Opium (CCO) de la SDN a commencé à remettre en question le fait que le régime de contrôle international des stupéfiants soit axé sur la prohibition et la répression criminelle. Certains pays proposaient de contrer la toxicomanie au moyen d'approches liées à la santé publique, notamment le traitement psychologique, les centres de santé et les programmes de sensibilisation. Faisant valoir l'opinion américaine que seule l'institutionnalisation permettait de guérir les toxicomanes, Anslinger, appuyé par Sharman, a réussi à bloquer tous les efforts du CCO visant à envisager des approches sociales et étiologiques aux problèmes causés par la drogue. Sur l'insistance d'Anslinger, on a plutôt continué de mettre l'accent sur l'élaboration d'un nouveau traité pour imposer la prohibition et le contrôle de l'approvisionnement à l'échelle mondiale.⁴⁰

³⁷ Taylor (1969) op. cit., pages 288-298

³⁸ Conclue le 26 juin 1936, entrée en vigueur le 26 octobre 1939

³⁹ Taylor (1969) op. cit., pages 293-295.

⁴⁰ McAllister (2000), op. cit., pages 126-127.

Ironiquement, en prévision de la guerre, de nombreux pays (en particulier les États-Unis) ont amassé des réserves d'opium et de produits de l'opium destinés à un usage médical.⁴¹ La Deuxième Guerre mondiale a mis en veilleuse le développement plus poussé de l'appareil de contrôle international des stupéfiants.

Le Protocole de Lake Success (1946)

Après la guerre, on a intégré les organismes et fonctions de contrôle des stupéfiants de la SDN au sein de la nouvelle Organisation des Nations Unies. 42 Le Conseil économique et social des Nations Unies a assumé la principale responsabilité, par l'entremise de sa Commission des stupéfiants, qui remplaçait le CCO. Sous la direction de la Commission des stupéfiants, la Division des stupéfiants était chargée des travaux préparatoires aux conférences. Le CCPO et l'OCS ont poursuivi leurs activités sous la Commission des stupéfiants, assumant leurs rôles respectifs de compilation de statistiques pour les estimations nationales et d'administration des traités antérieurs. Le Canadien Sharman est devenu le premier président de la Commission des stupéfiants et il a siégé à l'OCS.

Tous ces changements sur le plan des responsabilités et de l'organisation nécessitaient des amendements aux traités de contrôle international des stupéfiants. On a convenu de ces amendements dans un Protocole ⁴³ signé à Lake Success, New York, le 11 décembre 1946.

Le Protocole de Paris (1948)

Anslinger et Sharman ont déployé de nombreux efforts pour faire en sorte que la Commission des stupéfiants relève directement du Conseil économique et social, à titre d'organisation indépendante. Ils craignaient que, si le principal appareil de contrôle des stupéfiants était une plus vaste organisation chargée de la santé ou des enjeux sociaux – telle que l'Organisation mondiale de la santé (OMS) ou l'Organisation des Nations Unies pour l'éducation, la science et la culture (UNESCO) – les questions liées à l'étiologie et au traitement puissent l'emporter sur la prohibition. En particulier, ils voulaient s'assurer que les gouvernements seraient représentés par des agents

⁴¹ La possibilité d'une guerre a accentué l'hypocrisie et le caractère opportuniste de la position américaine en matière de prohibition. En 1939, Anslinger [Traduction] « tentait simultanément de réaliser un traité sous l'égide de la Société des Nations visant à réduire la production agricole dans les pays lointains, un accord régional qui lui permettrait de commencer la culture du pavot aux États-Unis, ainsi qu'un programme mondial d'acquisition qui a amassé la plus grande réserve d'opium licite jamais rassemblée » (McAllister (2000), op. cit., page 133).

⁴² Voir Bewley-Taylor (1999), op. cit., pages 54-59; Bruun et al. (1975) op. cit., pages 54-65

⁴³ Protocole portant amendement aux Accords, Conventions et Protocoles sur les stupéfiants conclus à La Haye le 23 janvier 1912, à Genève le 11 février 1925 et le 19 février 1925 et le 13 juillet 1931, à Bangkok le 27 novembre 1931, et à Genève le 26 juin 1936, conclu le 11 décembre 1946, entré en vigueur le 1^{er} décembre 1946.

responsables de l'application des lois, plutôt que par des médecins ou d'autres intervenants des domaines de la sociologie ou de la santé publique. De plus, l'URSS disait vouloir considérer les facteurs sociaux qui sous-tendent l'abus des drogues. Pour les puissances occidentales, être d'accord avec l'Union soviétique aurait miné leur position inébranlable à l'égard de Moscou et du communisme dans le cadre de la Guerre froide qui se dessinait.

Bien que le Conseil économique et social ait conservé la responsabilité principale, l'Organisation mondiale de la santé (OMS) – et en particulier son comité d'experts des drogues engendrant la toxicomanie – a été chargée de déterminer quelles substances devaient être soumises à la réglementation. ⁴⁴ Ce pouvoir a été attribué à l'OMS dans un Protocole international ⁴⁵ signé à Paris en 1948. L'article premier prévoyait que si l'OMS constatait qu'une drogue [Traduction] « est apte à engendrer la toxicomanie ou peut être convertie en un produit apte à engendrer la toxicomanie », l'OMS déterminerait sa classification au sein de la structure de contrôle international des stupéfiants. Le Protocole plaçait également sous contrôle international certains opiacés synthétiques qui n'étaient pas visés par les traités antérieurs.

Le Protocole de l'opium de New York (1953)

À la fin des années 1940, il était clair que le nombre élevé de traités, comportant différents types et niveaux de contrôle, était une source de confusion et de complexité. Anslinger, Sharman et leurs alliés ont veillé à ce que la Commission des stupéfiants recommande au Conseil économique et social de réunir tous les traités existants en un seul document – ce qui serait également l'occasion de mettre en place des contrôles prohibitionnistes plus rigoureux.⁴⁶ Il a fallu mettre ce plan en veilleuse pendant une décennie lorsque le directeur de la Division des stupéfiants, Leon Steinig, a proposé la création d'un « monopole international de l'opium » en vue de mettre fin au trafic illicite et de garantir un approvisionnement de gros en opium licite.

Au long des années 1950, les tensions de la Guerre froide ont poussé Anslinger à reconstituer la réserve américaine d'opium et de dérivés de l'opium, souvent en effectuant des achats importants auprès de l'Iran par l'entremise d'entreprises pharmaceutiques américaines. De nombreux pays européens se constituaient aussi une réserve. Les entreprises pharmaceutiques multinationales dans ces pays et aux États-Unis craignaient qu'un monopole similaire à celui que proposait Steinig entraîne des

⁴⁴ Bruun et al. (1975), op. cit., page 70.

⁴⁵ Protocole plaçant sous contrôle international certaines drogues non visées par la Convention du 13 juillet 1931 pour limiter la fabrication et réglementer la distribution des stupéfiants, amendé par le Protocole signé à Lake Success, le 11 décembre 1946, conclu le 19 novembre 1948, entré en vigueur le 1^{et} décembre 1949

⁴⁶ Le Conseil économique et social (ECOSOC) a approuvé la recommandation au moyen de deux résolutions : 159 II D (VII) du 3 août 1948, et 246 D (IX) du 6 juillet 1949. Voir aussi McAllister (2000), *op. cit.*, page 172; Bewley-Taylor (1999) *op. cit.*, page 137.

restrictions et une hausse des prix. Anslinger et Sharman ainsi que les Britanniques, les Hollandais et les Français, ont mis fin aux discussions sur le monopole au sein de la Commission des stupéfiants. Le représentant français auprès de la Commission des stupéfiants, Charles Vaille, a suggéré un nouveau protocole de l'opium à titre de solution provisoire, en attendant le regroupement des traités. Le Conseil économique et social a approuvé une conférence de plénipotentiaires et Anslinger s'est servi de l'établissement de ce nouveau protocole pour imposer des contrôles mondiaux sévères de la production d'opium.⁴⁷

On a mis la dernière main au Protocole⁴⁸ (Protocole de l'opium de 1953) à New York en 1953. L'article 2 disposait carrément que les parties étaient tenues de « restreindre l'emploi de l'opium exclusivement aux besoins médicaux et scientifiques ». Le Protocole comportait diverses dispositions visant la culture du pavot, de même que la production et la distribution de l'opium. L'article 6 limitait la production de l'opium à sept pays, et les parties pouvaient importer ou exporter seulement l'opium produit dans un de ces pays. ⁴⁹ Le Protocole de l'opium de 1953 comportait les dispositions de contrôle international les plus rigoureuses de l'histoire, mais n'a jamais obtenu le soutien qu'Anslinger avait souhaité. Ce n'est qu'en 1963 qu'il a atteint le nombre de ratifications requis pour sa mise en œuvre ; toutefois, à cette date, la Convention unique de 1961 avait déjà remplacé le Protocole.

LES TROIS CONVENTIONS ACTUELLES

La Convention unique sur les stupéfiants de 1961

La Convention unique a joué un rôle central dans la création du système moderne de contrôle international des stupéfiants axé sur la prohibition. Il s'agit d'un prolongement et d'un élargissement de l'infrastructure juridique élaboré entre 1909 et 1953.

Le regroupement des traités sur le contrôle international des stupéfiants en un seul instrument s'est amorcé en 1948, mais ce n'est qu'en 1961 qu'on a disposé d'une troisième version préliminaire acceptable qu'on pouvait présenter à une conférence de plénipotentiaires. ⁵⁰ La conférence a débuté le 24 janvier 1961 à New York et 73 pays y

⁴⁷ McAllister (2000) op. cit., pages 172-179.

⁴⁸ Protocole visant à limiter et à réglementer la culture du pavot, ainsi que la production, le commerce international, le commerce de gros et l'emploi de l'opium, conclu le 23 juin 1953, entré en vigueur le 8 mars 1963.

⁴⁹ Les sept pays producteurs étaient : la Bulgarie, la Grèce, l'Inde, l'Iran, la Turquie, l'URSS et la Yougoslavie.

⁵⁰ Délégué canadien auprès de la Commission des stupéfiants, Robert Curran, un agent du ministère de la Santé nationale et du Bien-être social, a pué le rôle le plus important dans la formulation d'un

étaient représentés, chacun ayant [Traduction] « un programme fondé sur ses propres priorités nationales ».51

William B. McAllister a réparti les États participants en cinq catégories distinctes, selon leur position et leurs objectifs en matière de contrôle des stupéfiants:

- Groupe des États producteurs de matière première : À titre de producteurs de la matière première organique pour la plus grande partie de l'approvisionnement mondial en drogues, ces pays avaient été le point de mire traditionnel des efforts de contrôle international des stupéfiants. Ils étaient disposés à accepter un usage socioculturel de la drogue, puisqu'ils avaient connu un tel usage durant des siècles. Bien que l'Inde, la Turquie, le Pakistan et la Birmanie en aient été les chefs de file, le groupe comptait aussi les États producteurs de coca de l'Indonésie et de la région andine de l'Amérique du Sud, les pays producteurs d'opium et de cannabis de l'Asie du Sud et du Sud-Est, ainsi que les États producteurs de cannabis de la Corne de l'Afrique. Ils étaient en faveur de contrôles souples parce que les restrictions existantes à la production et à l'exportation avaient directement touché d'importantes sections de leur population et de leur industrie nationale. Ils appuyaient des efforts de contrôle nationaux tenant compte de leur situation nationale et se méfiaient des puissants organismes de contrôle international sous l'égide des Nations Unies. Bien qu'essentiellement impuissants à s'opposer à la philosophie prohibitionniste, ils ont, de fait, imposé un compromis en se concertant pour diluer la formulation du traité au moyen d'exceptions, d'échappatoires et de reports. Ils ont également demandé des aides au développement pour contrebalancer les pertes causées par les contrôles rigoureux.
- Groupes des États fabricants: Ce groupe comptait principalement des pays industrialisés occidentaux, dont les intervenants clés étaient les États-Unis, la Grande-Bretagne, le Canada, la Suisse, les Pays-Bas, l'Allemagne de l'Ouest et le Japon. Sans affinité culturelle à l'égard de la consommation des drogues d'origine végétale et confrontés aux effets de la toxicomanie chez leurs citoyens, ils préconisaient un contrôle très rigoureux de la production des matières premières brutes et du trafic illicite. En tant que principaux fabricants des psychotropes synthétiques (et appuyés par un lobby industriel déterminé), ils se sont fortement opposés aux restrictions injustifiées à la recherche médicale ou à la production et à la distribution des drogues de synthèse. Ces pays étaient en faveur de puissants organismes de contrôle supranational dans la mesure où ils conserveraient la direction de facto de ces organismes. Leur stratégie consistait essentiellement à [Traduction] « déplacer dans la mesure du possible le fardeau réglementaire vers les États producteurs des matières premières, tout en conservant la plus grande liberté possible dans leurs activités ».
- Groupe du contrôle rigoureux : Il s'agissait essentiellement des pays non-producteurs et nonfabricants qui n'avaient aucun intérêt économique dans le commerce de la drogue. Les principaux

document qui serait acceptable pour tous les pays à titre de point de départ des négociations (McAllister (2000) op. cit., page 205). Pour une analyse de cette troisième version préliminaire, voir Leland M. Goodrich, (1960) « New Trends in Narcotics Control », *International Conciliation*, re 530, novembre.

51 McAllister (1992) op. cit., page 148.

intervenants étaient la France, la Suède, le Brésil et la Chine nationaliste. La plupart des États de ce groupe s'opposaient pour des raisons culturelles à l'usage de stupéfiants et souffraient de problèmes de toxicomanie. Ils étaient en faveur d'un usage exclusivement médical et scientifique, et étaient disposés à sacrifier une certaine mesure de leur souveraineté nationale pour garantir l'efficacité des organismes de contrôle supranational. Ils ont dû atténuer leurs exigences pour obtenir l'accord le plus général possible.

- Groupe du contrôle faible: Ce groupe était mené par l'Union soviétique et comptait souvent ses alliés en Europe, en Asie et en Afrique. Ces pays considéraient le contrôle des stupéfiants comme une question purement interne et ils s'opposaient de manière véhémente à toute ingérence dans la souveraineté nationale, telle que les inspections indépendantes. Ayant peu d'intérêts dans le commerce de la drogue et souffrant peu de problèmes de toxicomanie, ils refusaient d'accorder à tout organisme supranational des pouvoirs excessifs, particulièrement des pouvoirs sur la prise de décisions interne.
- Groupe neutre: Ce groupe diversifié comptait la plupart des pays africains, l'Amérique centrale, l'Amérique du Sud subandine, le Luxembourg et le Vatican. La question ne comportait aucun intérêt important pour eux, sauf l'accès garanti à un approvisionnement suffisant en médicaments. Certains ont voté en se ralliant à des blocs politiques, d'autres étaient prêts à échanger leurs votes, et d'autres encore étaient véritablement neutres, si bien que leurs votes dépendaient de la force persuasive des arguments présentés. En général, ils appuyaient le compromis visant à obtenir l'accord maximal.

Le résultat de tous ces intérêts rivaux a été un document qui symbolisait le compromis : la Convention unique maintenait et élargissait clairement les contrôles existants et, compte tenu de sa portée, constituait le document le plus prohibitionniste jamais adopté, même si elle était moins rigoureuse qu'elle aurait pu l'être. Elle omettait les aspects coûteux du Protocole de l'opium de 1953, tels que la disposition limitant la production de l'opium aux sept pays énumérés. Sharman ne négociait plus pour le Canada et Anslinger avait joué un rôle mineur à la conférence en raison de conflits avec le *State Department* des États-Unis. Ce dernier était satisfait de la Convention puisque l'influence américaine était garantie au sein des organismes de supervision des Nations Unies et que le cadre de prohibition avait été élargi de manière à inclure des contrôles serrés sur le coca et le cannabis. Étant donné que la Convention unique était une initiative lancée par les États-Unis, les Américains auraient perdu du respect au sein de l'ONU s'ils s'étaient retirés de la conférence et auraient en outre donné une impression de faiblesse devant l'Union soviétique durant une période tendue de la Guerre froide. ⁵²

⁵² Anslinger était extrêmement déçu de la Convention unique parce qu'il croyait que les dispositions sur le contrôle de l'opium n'étaient pas suffisamment rigoureuses (p. ex. l'article 25 permettait encore à tout pays de produire jusqu'à cinq tonnes d'opium annuellement, bien que cette production soit assujettie à des mesures de contrôle strictes). Il a tenté de faire dérailler la Convention en pressant des pays de ratifier le Protocole de l'opium de 1953, espérant ainsi obtenir le nombre requis pour assurer

Les principaux fondements des traités antérieurs sont demeurés en place dans la Convention unique.⁵³ Les parties étaient encore tenues de soumettre des estimations de leurs besoins en drogues et de fournir des rapports statistiques sur la production, la fabrication, l'usage, la consommation, l'importation, l'exportation et la constitution de réserves de drogues.⁵⁴ On maintenait le régime de certification des importations créé dans le cadre de la Convention de Genève de 1925, les parties devaient attribuer des permis à tous les fabricants, commerçants et distributeurs, et toutes les transactions relatives aux drogues devaient être documentées. 55 La Convention unique maintenait la tendance à exiger des parties qu'elles élaborent des lois criminelles de plus en plus punitives. Sous réserve de leurs restrictions constitutionnelles, les parties devaient adopter des infractions criminelles distinctes (punissables préférablement au moyen de l'incarcération) pour chacune des activités suivantes liées aux drogues et contrevenant à la Convention: la culture, la production, la fabrication, l'extraction, la préparation, la détention, l'offre, la mise en vente, la distribution, l'achat, la vente, la livraison (quelles qu'en soient les modalités), la facilitation de transactions, l'expédition, l'expédition en transit, le transport, l'importation et l'exportation. 56 De plus, l'approbation de l'extradition était jugée « souhaitable ». 57

La Convention classait les substances dans quatre tableaux, selon le niveau de contrôle. Les tableaux I et IV comptaient les substances soumises au contrôle le plus rigoureux, principalement les matières organiques brutes (l'opium, le coca, le cannabis) et leurs dérivés, tels que l'héroïne et la cocaïne. Les tableaux II et III comptaient les substances soumises à des contrôles plus souples, principalement les drogues de synthèse à base de codéine. Sur l'insistance des États-Unis, on a placé le cannabis sous le régime de contrôle le plus sévère, celui du tableau IV. Ce régime englobait des drogues comme l'héroïne (selon l'OMS, toute application médicale de l'héroïne était « désuète »). L'argument justifiant l'insertion du cannabis dans cette catégorie était son usage répandu. L'OMS a découvert plus tard que le cannabis pouvait avoir des applications médicales, mais la structure était déjà en place et aucune mesure internationale n'a été prise pour corriger cette anomalie.

Les États-Unis étaient satisfaits de la Convention unique, qui élargissait le contrôle de la culture du pavot d'opium, du coca et du chanvre, même si ce contrôle était moins sévère que les mesures négociées par Anslinger dans le cadre du Protocole

son entrée en vigueur. Il n'a pas réussi et, par la suite, son influence s'est atténuée (Bewley-Taylor (1999) op. cit., page 136-161).

⁵³ Seule la Convention pour la répression du trafic (1936) n'a pas été incluse dans la Convention unique et est demeurée en vigueur de manière autonome parce qu'on n'a pu s'entendre sur les dispositions à inclure dans la Convention unique (McAllister (2000) op. cit., pages 207-208). L'article 35 de la Convention unique encourageait simplement la coopération entre les pays pour contrer le trafic illicite.

⁵⁴ Convention unique, articles 19 et 20.

⁵⁵ *Ibid.*, articles 21, 29-32

⁵⁶ Ibid., article 36

⁵⁷ *Ibid.*, paragraphe 36(2).

de l'opium de 1953.⁵⁸ Les articles 23 et 24 de la Convention établissaient des monopoles d'opium nationaux et imposaient des restrictions très strictes au commerce international de l'opium.

L'article 49 de la Convention exigeait que les parties abolissent entièrement, dans un délai maximal de 25 ans après l'entrée en vigueur de la Convention, tous les usages quasi-médicaux de l'opium, ⁵⁹ la consommation d'opium, la mastication de la feuille de coca et l'usage non médical du cannabis. Toute production ou fabrication de ces drogues devait également être abolie à l'intérieur du même délai. Seules les parties pour lesquelles de tels usages étaient «traditionnels» pouvaient se prévaloir de la mise en oeuvre reportée; pour les autres, la prohibition entrait en vigueur immédiatement. Puisque le délai maximal s'est écoulé en 1989, ces pratiques sont aujourd'hui entièrement interdites et les drogues peuvent servir uniquement à des fins médicales et scientifiques réglementées.

En plus de consolider les traités antérieurs et d'élargir les dispositions de contrôle, la Convention unique rationalisait les organismes des Nations Unies chargés de la lutte antidrogues. Le CCOP et l'OCS furent combinés en un nouvel organe, l'Organe international de contrôle des stupéfiants (OICS), responsable de surveiller l'application de la Convention et d'administrer le régime des estimations et des rapports statistiques soumis annuellement par les parties. 60 L'OICS devait compter onze membres, trois désignés par l'OMS et huit par les parties à la Convention et les membres de l'ONU. L'efficacité du lobby des fabricants durant les négociations était reflétée dans les connaissances requises des candidats de l'OMS: [Traduction] « une expérience de la médecine, de la pharmacologie ou de la pharmacie ».61 L'OICS détenait un pouvoir limité de décréter des embargos qui lui permettait de recommander aux parties d'interrompre le commerce international de drogues avec tout État signataire qui ne se conformait pas aux dispositions de la Convention. 62

Le peu d'attention consacrée aux problèmes de la toxicomanie reflétait à quel point la Convention était axée sur la prohibition. Seul l'article 38 abordait l'aspect social (l'élément «demande ») du problème, en exigeant que les parties [Traduction] « accordent une attention spéciale à la mise en place d'établissements pour le traitement médical, les soins et la réadaptation des toxicomanes ». De plus, on jugeait « souhaitable » que les parties [Traduction] « mettent sur pied des installations adéquates pour le traitement efficace des toxicomanes », mais seulement si le pays était aux prises avec [Traduction] « un problème sérieux de toxicomanie et si ses ressources économiques le permett[ai]ent ». La reconnaissance inadéquate des approches visant à réduire la demande et les effets nocifs, telles que la prévention au moyen de la sensibilisation, est un des principaux reproches faits à la

⁵⁸ Convention unique, articles 22-28.

⁵⁹ La limite était de 15 ans pour les usages quasi-médicaux de l'opium.

⁶⁰ Convention unique, articles 5, 9-16.

⁶¹ Ibid., alinéa 9(1)a).

⁶² Ibid., paragraphe 14(2).

Convention unique et, de manière générale, aux traités sur le contrôle international des stupéfiants.⁶³

La Convention unique regroupait efficacement divers mécanismes de contrôle des stupéfiants, élaborés sur plusieurs décennies, en un seul document central administré par une organisation centrale – les Nations Unies.

Convention sur les substances psychotropes

Au cours des années 1960, après la signature de la Convention unique, il y a eu explosion de la consommation de drogues et de la toxicomanie partout dans le monde, notamment dans les pays occidentaux industrialisés.⁶⁴ Cette croissance se reflétait particulièrement dans l'usage et la disponibilité très répandus de substances psychotropes synthétiques créées depuis la Deuxième Guerre mondiale, telles que les amphétamines, les barbituriques et le LSD. La plupart de ces drogues n'étaient pas assujetties au contrôle international et, comme les systèmes de réglementation nationaux variaient énormément, le trafic et la contrebande prospéraient.⁶⁵

Tout le long des années 1960, la Commission des stupéfiants et l'OMS ont discuté du contrôle des drogues psychotropes à leurs réunions régulières et ont présenté diverses recommandations aux pays membres concernant le contrôle national de substances précises, notamment les stimulants, les sédatifs et le LSD. En janvier 1970, la Commission des stupéfiants a discuté d'un traité préliminaire sur le contrôle international des drogues psychotropes, préparé par la Division des stupéfiants des Nations Unies. À la suite de quelques modifications apportées par la Commission des stupéfiants, ce document a servi de point de départ aux négociations de la conférence des plénipotentiaires qui a eu lieu à Vienne le 11 juillet 1971 – la conférence qui a mené à la Convention sur les psychotropes. 66

La Convention unique de 1961 avait servi de modèle à la version préliminaire de la Convention sur les psychotropes, si bien que de nombreuses caractéristiques de la première se retrouvent dans la seconde : l'autorité administrative de la Commission des

⁶³ Voir, par exemple, Report of the International Working Group on the Single Convention on Narcotic Drugs, 1961, Toronto, Fondation de la recherche sur la toxicomanie, 1983, pages 10-11; recommandations 4, 5, 15, 19, 20.

⁶⁴ Voir, par exemple, Kuševic, V., (1977) « Drug Abuse Control and International Treaties », *Journal of Drug Issues*, vol. 7, nº 1, pages 35-53. Voir aussi McAllister (2000) op. cit., pages 218-220; Musto (1999) op. cit., ch. 11; McAllister (1992) op. cit., pages 153-162; Bruun et coll., (1975) op. cit., ch. 16; Inglis (1975) op. cit., ch. 13.

⁶⁵ Les États-Unis ont tenté de réglementer les substances psychotropes par l'entremise du Bureau of Drug Abuse Control, créé par la *Drug Abuse Control Act of 1965*. Cette loi marquait aussi un virage sur le plan du fondement constitutionnel de la lutte antidrogues: on passait du pouvoir de taxation aux pouvoirs inter-états et commerciaux – un changement qui a entraîné l'abolition du Federal Bureau of Narcotics d'Anslinger et la création du Bureau of Narcotics and Dangerous Drugs (BNDD), relevant du ministère fédéral de la Justice (Musto (1999) *op. cit.*, pages 239-240).

⁶⁶ Kuševic (1975) op. cit., page 38.

stupéfiants/OICS, les tableaux établissant les différents niveaux de contrôle imposés aux différentes drogues, la documentation et la réglementation (au moyen de permis) obligatoires des transactions, un régime de contrôle des importations/exportations, ainsi que des dispositions touchant le trafic illicite et les sanctions criminelles. Une lecture superficielle pourrait laisser croire qu'il y a peu de différences entre les deux Conventions, mais elles sont en fait extrêmement différentes. La Convention sur les psychotropes impose des contrôles beaucoup plus souples. La raison de cet assouplissement devient évidente lorsqu'on prend connaissance des positions des intervenants négociateurs et qu'on compare attentivement certaines sections des deux traités.⁶⁷ L'influence dominante de l'industrie pharmaceutique multinationale sur la Convention des psychotropes était particulièrement perceptible.⁶⁸

Alors que cinq groupes de négociation avaient été recensés par McAllister à la Convention unique, il y avait à la conférence de Vienne deux groupes distincts prônant des positions contraires. Le premier comptait surtout des pays industrialisés possédant de puissantes industries pharmaceutiques et des marchés actifs pour les substances psychotropes – il correspondait essentiellement au « groupe des fabricants ». Le second groupe était constitué de pays en voie de développement, appuyés par les pays socialistes, possédant peu d'usines de fabrication de substances psychotropes – il s'agissait dans une large mesure du «groupe des producteurs de la matière première organique ». Toutefois, aux négociations de 1971, les positions de ces deux groupes étaient entièrement inversées. Le groupe des fabricants a adopté les arguments traditionnels du groupe des producteurs organiques : des contrôles souples ; des contrôles nationaux (plutôt qu'internationaux) ; la préséance de la souveraineté nationale sur un organe supranational des Nations Unies. On justifiait ces positions en avançant que des contrôles stricts seraient difficiles à appliquer et entraîneraient des pertes financières. De son côté, le groupe des producteurs de matières premières organiques exerçait de fortes pressions en faveur de l'adoption de contrôles semblables à ceux qu'il avait dû accepter dans le cadre de la Convention unique. 69

⁶⁷ McAllister (1992) *op. cit.*, pages 154-162; Kuševic (1975) *op. cit.*, pages 38-41. La comparaison de McAllister est très détaillée et nous la recommandons; Kuševic ajoute une mise en contexte et des commentaires utiles. Voir aussi S.K. Chatterjee, (1988) *A Guide to the International Drugs Conventions*, Londres, Commonwealth Secretariat, p. 15-33, pour une comparaison plus technique et de base des deux Conventions.

⁶⁸ L'auteur principal de la version préliminaire, Arthur Lande, avait mis fin à sa carrière à l'ONU peu avant la conférence de Vienne. Il a assisté à la conférence à titre de représentant de la Pharmaceutical Manufacturer's Association des États-Unis, un des nombreux observateurs associés à l'industrie. Voici un autre exemple de l'influence non équivoque de l'industrie: un groupe de six petits pays de l'Amérique latine ont appuyé, contrairement à leurs positions habituelles, l'affaiblissement du traité; ces pays étaient tous représentés par un Suisse qui maîtrisait mal l'espagnol et n'était ni agent gouvernemental, ni diplomate, ni spécialiste technique des stupéfiants. Il était au service du géant pharmaceutique européen Hoffmann-LaRoche (McAllister (2000) op. cit., page 232; Kuševic (1975) op. cit., page 39).

⁶⁹ McAllister (1992) op. cit., page 154; Kuševic (1975) op. cit., page 39.

Une comparaison des préambules des deux conventions est révélatrice. Bien que le préambule ne comporte pas de mesures exécutoires, il donne un aperçu de l'esprit du traité. Dans la Convention unique, la toxicomanie est décrite comme [Traduction] « un fléau pour l'individu [...] un danger économique et social pour l'humanité ». On reconnaît toutefois que [Traduction] « l'usage de stupéfiants à des fins médicales demeure indispensable pour soulager la douleur et que les mesures voulues doivent être prises pour faire en sorte que les stupéfiants soient disponibles à cette fin ». Par contraste, la Convention sur les psychotropes n'évoque pas « le fléau » de la toxicomanie, mais signale plutôt [Traduction] « avec préoccupation les problèmes sociaux et de santé publique découlant de l'abus de certaines substances psychotropes ». De plus, on reconnaît que [Traduction] « l'usage de substances psychotropes à des fins médicales et scientifiques est indispensable et leur disponibilité à ces fins ne devrait pas faire l'objet d'une restriction injustifiée ». Le ton général du préambule de la Convention sur les psychotropes est moins dur et laisse sous-entendre que l'abus de certains psychotropes (mais pas tous) n'est pas un problème aussi sérieux que l'accoutumance aux stupéfiants en général.

Il y a également des différences entre les deux conventions dans l'approche de la classification des drogues (qui se fait au moyen de tableaux associés à des niveaux de contrôle). Durant les négociations de la Convention unique de 1961, s'il y avait un désaccord relativement au placement d'une drogue dans un tableau particulier, cette drogue figurait presque toujours dans le tableau contesté par le groupe des producteurs des matières premières — par exemple, le placement du cannabis dans le tableau IV. Pour imposer ces assignations, le groupe des fabricants s'appuyait sur le principe suivant : il faut supposer qu'un stupéfiant est dangereux jusqu'à preuve du contraire. Toutefois, ce même principe ne s'appliquait pas lorsque les intérêts économiques des États-Unis étaient en jeu : en 1971, la délégation américaine a fait valoir avec force (et souvent avec succès) que les matières premières organiques devaient être assignées aux tableaux comportant les contrôles les plus sévères, tandis que leurs dérivés de synthèse devaient être placés dans les tableaux à réglementation souple.

La Convention sur les psychotropes comporte aussi quatre tableaux de contrôle, mais ils diffèrent considérablement des tableaux de la Convention unique en ce qui a trait à leur nature et à leur organisation. Par exemple, dans la Convention unique, le tableau comportant les contrôles les plus rigoureux est le tableau IV,70 qui est équivalent au tableau I⁷¹de la Convention des psychotropes. Dans les deux cas, l'usage des drogues visées est restreint à des personnes autorisées au sein d'établissements médicaux ou scientifiques gouvernementaux, et leur fabrication, leur importation et leur exportation sont strictement contrôlées. Dans la Convention sur les psychotropes, le tableau comportant les contrôles les plus faibles est le tableau IV, qui comprend les tranquillisants. Certains États fabricants ont tenté d'abolir le tableau IV, en faisant valoir que les contrôles nationaux assuraient une réglementation adéquate de ces drogues, si bien que le contrôle international était inutile. En fin de compte, le

⁷⁰ Qui inclut le cannabis et l'héroïne, par exemple.

⁷¹ Qui inclut les hallucinogènes, tels que le LSD.

tableau IV a été maintenu, mais avec une liste de drogues beaucoup plus courte ; le principe fondamental utilisé en 1961 pour assigner les drogues aux tableaux avait été complètement inversé, particulièrement chez les Américains : [Traduction] « à moins de preuves convaincantes qu'une substance était nocive, elle ne devait être pas soumise à la réglementation ».⁷²

Une comparaison attentive des tableaux met en lumière une autre différence centrale entre les deux conventions. Les traités antérieurs, y compris la Convention unique, ne consignaient pas seulement les substances de base, mais élargissaient le contrôle de manière à inclure aussi leurs sels, leurs esters, leurs éthers et leurs isomères – autrement dit, leurs dérivés. Cependant, les dérivés sont *complètement absents* des tableaux de la Convention sur les psychotropes. Par conséquent, chaque substance visée par le régime de contrôle du traité doit être nommée explicitement. Sur le plan pratique, une telle énumération est impossible, car de nouveaux dérivés sont créés régulièrement et ils représentent 95 % des substances créées par les entreprises pharmaceutiques. Une inclusion générale des dérivés aurait eu pour effet d'inclure automatiquement les nouvelles substances. Il semble que cette omission était le fruit d'une entente entre les représentants politiques, à un moment où les spécialistes techniques étaient absents – il fallait sacrifier les dérivés pour que les pays fabricants acceptent de signer le traité. ⁷³

L'article 19 de la Convention unique établit le système des estimations. Ce système oblige les parties à soumettre à l'OICS un rapport annuel signalant la quantité de chaque substance réglementée dont elles auront besoin au cours de l'année à venir. Ce système est un des piliers du régime de contrôle international des stupéfiants et remonte à la deuxième conférence de Genève, qui a mené à la Convention internationale de l'opium de 1925. Ce système a été complètement exclu de la Convention sur les psychotropes. Comme le souligne McAllister: [Traduction] « cette omission était nettement avantageuse pour les pays fabricants, puisqu'en l'absence de prévisions des besoins, il est impossible de déterminer si on fabrique une quantité supérieure aux applications prévues ».74 Cela a permis aux multinationales de produire des quantités illimitées de substances psychotropes sans avoir à tenir compte de limites de production annuelles fondées sur les besoins licites.

Au cours des années 1970 et 1980, la Division des stupéfiants et l'OICS ont dans une large mesure corrigé les omissions touchant les dérivés et les estimations, en ayant recours discrètement au droit international coutumier. La Division des stupéfiants et l'OICS ont demandé aux parties de soumettre de l'information et des statistiques dont la divulgation n'était pas requise par la Convention. Les réponses positives reçues des pays producteurs de matières premières organiques ont servi à convaincre les autres pays d'emboîter le pas. De même, la Commission des stupéfiants et l'OMS ont simplement annoncé que les dérivés seraient inclus dans les tableaux. Certains

⁷² McAllister (1992) op. cit., page 158.

⁷³ McAllister (2000) op. cit., page 233.

⁷⁴ McAllister (1992) op. cit., page 157.

gouvernements se sont conformés à la mesure et les autres, en raison de la pression internationale, ont dû s'y plier à leur tour.

En vertu de l'article 3 de la Convention unique, il incombe principalement à l'OMS de déterminer si, à la lumière d'une analyse médicale ou scientifique, une nouvelle drogue devrait être ajoutée à un tableau et, par conséquent, soumise au contrôle international. La recommandation de l'OMS est présentée à la Commission des stupéfiants, qui prend la décision finale. Toutefois, toute partie peut porter en appel la décision de la Commission des stupéfiants auprès du Conseil économique et social dans un délai de 90 jours. La décision du Conseil économique et social est finale. Pendant qu'une décision est portée en appel, la Commission des stupéfiants peut tout de même imposer des mesures de contrôle relatives à la substance concernée.

En vertu de la Convention sur les psychotropes, l'OMS formule encore des recommandations en se fondant sur des critères médicaux et scientifiques. Toutefois, le paragraphe 2(5) demande explicitement à la Commission des stupéfiants de garder à l'esprit les facteurs économiques, sociaux, juridiques, administratifs et autres qu'elle pourrait juger pertinents en prenant une décision. De plus, le paragraphe 17(2) dispose que la décision de la Commission des stupéfiants est assujettie à l'approbation d'une majorité des deux tiers de ses membres. 75 Il est encore possible de porter la décision de la Commission en appel auprès du Conseil économique et social, et les parties disposent d'un délai de 180 jours pour déposer l'appel. En outre, la décision du Conseil économique et social n'est pas nécessairement finale - il y a la possibilité d'appels continuels. Enfin, pendant qu'une décision est portée en appel, le paragraphe 2(7) permet à une partie d'adopter une « mesure exceptionnelle » et de s'exempter de certaines mesures de contrôle imposées par la Commission des stupéfiants, en attendant le résultat de l'appel. L'effet cumulatif de tous ces ajouts à la Convention sur les psychotropes est qu'il peut être beaucoup plus difficile pour l'OMS d'assujettir une nouvelle drogue psychotrope au système de contrôle que d'ajouter un nouveau stupéfiant à la Convention unique.

Les deux conventions divergent aussi pour ce qui est des critères régissant l'inscription d'une nouvelle drogue au régime de contrôle. Selon l'article 3 de la Convention unique, un stupéfiant est soumis au régime de contrôle s'il est [Traduction] « susceptible de donner lieu à des abus analogues et de produire des effets nocifs analogues à ceux des stupéfiants » des tableaux pertinents. Les critères requis en vertu du paragraphe 2(4) de la Convention sur les psychotropes sont considérablement plus rigoureux. L'OMS doit constater:

[Traduction]

(a) que la substance est apte à engendrer:

(i) (1) un état de dépendance,

⁷⁵ Les États-Unis ont tenté d'augmenter cette majorité aux trois quarts (McAllister, (2000) op. cit., page 161).

- (2) et une stimulation ou une dépression du système nerveux central, entraînant des hallucinations ou des perturbations de la fonction motrice ou de la réflexion ou du comportement ou de la perception ou de l'humeur,
- (ii) ou un abus analogue ou des effets nocifs analogues à ceux d'une substance inscrite au Tableau I, II, III ou IV,

et qu'il y a suffisamment de preuves que la substance fait l'objet d'un abus ou fera probablement l'objet d'un abus, au point de constituer un problème social ou de santé publique justifiant que la substance soit placée sous contrôle international.

Assumant un rôle de premier plan pour le groupe des fabricants sur ce point, les États-Unis et la Grande-Bretagne ont été les plus ardents défenseurs de ces critères très restrictifs.⁷⁶

En ce qui oncerne l'élément «demande » des problèmes liés aux drogues, la Convention sur les psychotropes devance nettement la Convention unique, qui abordait la question de manière superficielle (l'article 38 décrit ci-dessus). L'article 20 du traité de 1971 marque un tournant puisqu'il introduit le principe de la sensibilisation publique et de la prévention de la toxicomanie dans l'infrastructure juridique du contrôle international des stupéfiants. En particulier, on demande aux parties [Traduction] « de mettre en place toutes les mesures pratiques possibles pour la prévention de l'abus des substances psychotropes et pour le dépistage précoce, le traitement, la sensibilisation, l'aide postpénale, la réadaptation et la réintégration sociale des personnes concernées, et de coordonner leurs efforts à ces fins ». On exige de favoriser «dans la mesure du possible » la formation du personnel chargé de mener à bien ces tâches et on encourage également l'étude des questions étiologiques liées à la toxicomanie et la sensibilisation publique à ces questions. Bien que ces dispositions accordent une grande marge de manœuvre aux pays qui voudraient éviter de telles mesures, elles constituent une nette amélioration par rapport à la Convention unique.

Les dispositions pénales exposées à l'article 22 de la Convention sur les psychotropes permettent aux États de recourir au traitement, à la sensibilisation, à l'aide postpénale, à la réadaptation et à la réintégration sociale au lieu de s'en tenir uniquement à la condamnation ou à la punition à l'endroit des toxicomanes qui commettent des infractions à la Convention. Bien que la reconnaissance du traitement et de la réadaptation soit une amélioration par rapport aux dispositions strictement pénales des traités antérieurs, il s'agit avant tout de mesures complémentaires – et non de solutions de rechange – à l'incarcération. ⁷⁷

Dans l'ensemble, les négociations de 1971 ont mené à un traité considérablement plus faible que la Convention unique. De plus, un réexamen des dispositions de la

⁷⁶ Ibid., page 159.

Nations Unies, Commentary on the United Nations Convention Against Illicit Traffic in Narcotic Drugs and Psychotropic Substances, Done at Vienna on 20 December 1988, New York, Nations Unies, 1976, pages 353-354.

Convention sur les psychotropes n'était pas réaliste au début des années 1970, car un nouveau chapitre la « war on drugs » – la lutte antidrogues américaine – s'amorçait. 78

Protocole portant amendement à la Convention unique sur les stupéfiants de 1961

Au début des années 1970, le président américain Richard Nixon a déclaré officiellement une «guerre contre les drogues » en réaction à l'ampleur de l'abus des drogues aux États-Unis et aux dommages sociaux qui en découlaient. Cette annonce a eu des répercussions mondiales.⁷⁹

En 1971, dans le cadre de la campagne internationale de l'administration Nixon contre les stupéfiants, les représentants américains ont suggéré la création d'un fonds, administré par l'ONU et financé par les gouvernements, pour lutter contre l'abus des drogues. Le Fonds des Nations Unies pour la lutte contre l'abus des drogues (FNULAD) a vu le jour en 1971, grâce à un don de 2 millions \$ des Etats-Unis ; les autres gouvernements hésitaient à contribuer à leur tour, en raison des motifs qui soustendaient la création du Fonds. Leur réticence s'est avérée fondée, car le FNULAD est devenu essentiellement un outil américain. L'accent était mis sur la répression criminelle et la substitution des récoltes – plutôt que sur la toxicomanie et les stratégies axées sur la demande. L'argent était attribué avant tout aux projets auxquels participaient les alliés américains et qui ciblaient des pays où les États-Unis n'avaient pas réussi à arrêter la production d'opium.

⁷⁸ On considère que la lutte antidrogues américaine a commencé avec l'adoption d'une loi antidrogues fédérale, la Harrison Narcotics Act of 1914, et qu'elle s'est poursuivie jusqu'à ce jour, à divers degrés d'intensité. Parmi les plus récents adeptes de cette lutte, mentionnons le président Nixon à la fin des années 1960 et au début des années 1970, le président Ronald Reagan durant les années 1980, le président George Bush à la fin des années 1980 et au début des années 1990, le président Bill Clinton durant les années 1990, et maintenant le président George W. Bush. La documentation sur la « war on drugs » est volumineuse. Voir, par exemple, Belenko, S.R. (éd.) (2000) Drugs and Drug Policy in America: A Documentary History, Westport (Connecticut): Greenwood Press; Friman, H.R. (1996) NarcoDiplomacy: Exporting the U.S. War on Drugs, Ithaca (N.Y.): Cornell University Press; Inciardi, J.A. (1986) The War on Drugs: Heroin, Cocaine, Crime, and Public Policy, Palo Alto (Californie): Mayfield Publishing Company; Meier, K.J. (1994) The Politics of Sin: Drugs, Alcohol and Public Policy, Armonk (New York): M.E. Sharpe; Musto (1999) op. cit.; Walker III, W.O. (1989) Drug Control in the Americas, édition révisée, Albuquerque (Nouveau-Mexique): University of New Mexico Press; Wisotsky, S., (1990) Beyond the War on Drugs: Overcoming a Failed Public Policy, Buffalo (New York): Prometheus Books.

⁷⁹ Musto (1999) op. cit., pages 248-259; Bruun et coll., (1975) op. cit., ch. 10.

⁸⁰ La campagne américaine comportait un financement international massif pour la substitution des cultures, l'aide technique pour améliorer l'administration et l'application des lois, des initiatives anticontrebande, ainsi que la coordination des programmes d'éducation. Toutefois, de nombreux pays en voie de développement se méfiaient des fonds américains auxquels des conditions étaient rattachées. Aux yeux des Américains, le Fonds était un moyen de contourner cette réticence (McAllister (2000) op. cit., pages 236-237).

⁸¹ *Ibid.*, page 238.

Le Fonds a également fait l'objet de sérieuses critiques pour avoir succombé à l'inefficacité de la machinerie bureaucratique des Nations Unies : [Traduction] « Une grande proportion des sommes allouées aux divers programmes du Fonds sert en fait à soutenir la bureaucratie en croissance permanente chargée d'administrer les programmes. De nombreux programmes semblent avoir pour unique fin de donner de l'ouvrage aux secrétariats élargis ». 82 On a également avancé qu'il fallait transférer le FNULAD à des organes de contrôle des stupéfiants relevant du Conseil économique et social au Programme de développement des Nations Unies – un organisme mieux en mesure d'évaluer les besoins en matière de développement et d'aide des pays bénéficiaires. 83

Une autre initiative clé de l'administration Nixon a été de renforcer la Convention unique. Un lobbying pressant des États-Unis a mené à la convocation d'une conférence de plénipotentiaires en mars 1972 en vue de modifier la Convention. ⁸⁴ Le résultat de cette conférence a été le Protocole sur la Convention unique. L'objectif principal des modifications était d'élargir le rôle de l'OICS pour ce qui est du contrôle de la production licite et illicite d'opium et du trafic illicite des drogues en général. Les États-Unis voulaient remettre en place certains aspects du Protocole de l'opium de 1953 en tentant de réduire la production licite de l'opium. Toutefois, en 1972, la production licite répondait de manière assez juste à la demande licite, si bien que peu de pays étaient disposés à risquer une pénurie mondiale de l'opium destiné à des fins médicales. ⁸⁵ Ainsi, on a considérablement atténué les propositions américaines.

Les dispositions centrales du Protocole sur la Convention unique sont celles qui augmentent les pouvoirs de l'OICS, particulièrement en ce qui a trait au trafic illicite. À l'article 2 de la Convention unique, la définition des fonctions de l'OICS comporte maintenant un renvoi explicite à la prévention de [Traduction] « la culture, la production et la fabrication illicites ainsi que du trafic et de l'usage illicites de drogues ». L'article 35 encourage les parties à soumettre à l'OICS et à la Commission des stupéfiants de l'information sur les activités liées aux drogues illicites à l'intérieur de leur territoire ; de plus, l'OICS est autorisé à conseiller les parties au sujet de leurs efforts en matière de réduction du trafic illicite de drogues. Lorsque les parties concluent des traités d'extradition entre elles, on considère que ces accords incluent automatiquement les infractions liées aux drogues – notamment le trafic – exposées dans la Convention unique. ⁸⁶ Au paragraphe 22(2) de la Convention sur les psychotropes, il est seulement « souhaitable » que de telles infractions deviennent passibles d'extradition.

⁸² Bruun et coll., (1975) op. cit., page 281.

⁸³ Ibid., p. 282; Kuševic (1975) op. at., page 51

⁸⁴ Le choix des ambassadeurs américains s'est fait en fonction de la mission de se rendre dans les pays signataires pour convaincre leurs dirigeants d'appuyer les modifications proposées par les États-Unis. De l'avis général, la conférence était dans une large mesure un instrument dont Nixon prévoyait se servir dans les prochaines élections présidentielles (Kuševic (1975) op. cit., page 47).

⁸⁵ Kuševic (1975) op. cit., page 48. Selon Kuševic, il aurait été plus utile de chercher à réduire le détournement de la demande licite vers le marché illicite.

⁸⁶ Convention unique, article 36, modifié par le Protocole sur la Convention unique, article 14.

Le Protocole modifie les dispositions de la Convention unique portant sur la prévention de la toxicomanie, de manière à ce qu'elles reflètent les dispositions à l'article 20 de la Convention sur les psychotropes. 87 La version modifiée de la Convention unique reflète aussi la Convention sur les psychotropes en ce qu'elle permet désormais aux pays d'utiliser [Traduction] « le traitement, la sensibilisation, l'aide postpénale, la réadaptation et la réintégration sociale », soit à titre de solutions de rechange, soit à titre de mesures complémentaires à la condamnation ou à la punition. 88

Bien que moins rigoureux qu'initialement prévu par les États-Unis, le Protocole sur la Convention unique maintenait la tradition prohibitionniste du régime de contrôle international des stupéfiants — particulièrement en ce qui a trait à l'opium — et intensifiait une fois de plus la lutte contre le trafic illicite.

Convention contre le trafic illicite de stupéfiants et de substances psychotropes

De nombreuses initiatives nationales et régionales de contrôle des stupéfiants ont débuté au cours des années 1970 et 1980. En Europe, on a mis sur pied le Groupe de coopération en matière de lutte contre l'abus et le trafic illicite de stupéfiants, connu sous le nom de « Groupe Pompidou », qui était chargé de faciliter les discussions entre pays. De plus, les chefs d'organismes nationaux de répression des toxicomanies se sont réunis au palier régional – en Asie et dans le Pacifique, dans les années 1970, puis en Afrique, en Amérique latine et en Europe, dans les années 1980 – afin d'améliorer la coopération en matière de services policiers et de contrôle antidrogue aux douanes. INTERPOL a élargi ses activités et est devenue [Traduction] « un important centre d'échange d'information et un parrain des réunions locales, régionales et mondiales consacrées à la lutte antidrogue ». 90

Pendant ce temps, au sein de l'ONU et chez ses principaux membres partisans du contrôle, on craignait que les efforts du régime de contrôle international des stupéfiants en vue de combattre le trafic illicite soient compromis du fait que certains États n'avaient pas adhéré aux Conventions ou n'avaient pas de système national de répression criminelle leur permettant de combattre adéquatement le trafic illicite des drogues. En 1984, l'Assemblée générale des Nations Unies a adopté la

⁸⁷ Ibid., article 38, modifié par le Protocole sur la Convention unique, article 15

⁸⁸ Ibid., article 36, modifié par le Protocole sur la Convention unique, article 14

⁸⁹ Aux États-Unis, la lutte antidrogues a perdu de son intensité dans les années 1970 durant les mandats des présidents Gerald Ford et Jimmy Carter. Onze États américains ont décriminalisé certains aspects de la réglementation visant la marijuana; ils ont obtenu l'appui d'organisations bien connues, notamment la American Medical Association, la American Bar Association, la American Public Health Association et le National Council of Churches. Le président Ronald Reagan a renversé cette tendance au début des années 1980 (Wisotsky (1990), op. cit., page xviii).

⁹⁰ McAllister (2000) op. cit., pages 242-243.

⁹¹ Bewley-Taylor (1999) op. cit., page 167; Stewart, D.P., (1990) « Internationalizing The War on Drugs: The UN Convention Against Illicit Traffic in Narcotic Drugs and Psychotropic Substances », *Denver Journal of International Law and Policy*, vol. 18, 11° 3, printemps, pages 387-404.

résolution 39/141, appelant le Conseil économique et social à demander à la Commission des stupéfiants de préparer « à titre de priorité » une convention préliminaire envisageant [Traduction] « les diverses facettes du problème [du trafic illicite des drogues] dans sa totalité et, en particulier, les facettes qui ne sont pas abordées dans les instruments internationaux existants ». Ainsi, l'objectif était d'ajouter une dimension additionnelle, propre à la lutte contre le trafic, au régime de contrôle des stupéfiants, de manière à compléter les deux conventions existantes.

On a mis la dernière main au traité préliminaire durant la Conférence de 1987 des Nations Unies sur l'abus et le trafic illicite de drogue. Durant cette conférence, on a également adopté un Schéma multidisciplinaire complet pour les activités futures de lutte contre l'abus des drogues (SMC), afin d'encourager les États à respecter leurs obligations en vertu des traités existants. Le SMC ciblait quatre secteurs : (1) la prévention et la réduction de la demande illicite ; (2) le contrôle de l'offre ; (3) la suppression du trafic illicite ; et (4) le traitement et la réadaptation. Bon nombre des objectifs exposés dans le SMC ont été repris dans le traité préliminaire. Entre le 25 novembre et le 20 décembre 1988, les représentants de 106 États se sont réunis à Vienne pour négocier un texte final. Le résultat a été la Convention contre le trafic illicite.

La Convention contre le trafic illicite est essentiellement un instrument de droit criminel international. Elle a pour objectif d'harmoniser les lois criminelles et les mesures de répression criminelle à l'échelle mondiale afin de réduire le trafic illicite de drogues grâce au recours à la criminalisation et aux sanctions. En vertu de la Convention, les parties sont tenues de créer et de mettre en oeuvre des lois criminelles très précises visant à supprimer le trafic illicite. Ces lois abordent des aspects du problème tels que le blanchiment de fonds, la confiscation de biens, l'extradition, l'assistance judiciaire réciproque, la culture illicite ainsi que le commerce des produits chimiques, matériaux et équipements servant à la fabrication de substances réglementées. Comme dans le cas des autres conventions, la Division des stupéfiants et l'OICS sont chargés de l'administration de la Convention. De plus, la Convention sur le trafic illicite permet l'utilisation de mesures associées à la «demande» – pour les infractions mineures – à titre de solution de rechange à la condamnation ou aux sanctions.

Le préambule décrit le trafic illicite comme [Traduction] « une activité criminelle internationale » et souligne « les liens entre le trafic illicite et d'autres activités criminelles organisées connexes qui minent les économies légitimes et menacent la stabilité, la sécurité et la souveraineté des

⁹² Déclaration de la Conférence sur l'abus et le trafic illicite de drogues et Schéma multidisciplinaire complet pour les activités futures de lutte contre les drogues, doc. de l'ONU ST/NAR/14, 1988.

⁹³ Pour une description détaillée des dispositions de la Convention contre le trafic illicite, voir Gilmore, W. (1990) Combating International Drugs Trafficking: The 1988 United Nations Convention Against Illicit Traffic in Narcotic Drugs and Psychotropic Substances, Londres: Secrétariat du Commonwealth; Stewart (1990) op. cit.,. Étant donné que Stewart était membre de la délégation américaine qui a participé aux négociations, son article présente la perspective américaine sur le traité.

États». Il met l'accent sur [Traduction] « l'importance de renforcer et d'améliorer les moyens juridiques de coopération internationale dans le domaine criminel, en vue de réprimer les activités criminelles internationales liées au trafic illicite». Même l'unique renvoi à l'intérieur du préambule aux questions associées à la «demande» est formulé en termes propres au droit criminel: [Traduction] « Désirant éliminer les causes profondes du problème de l'abus des stupéfiants et des substances psychotropes, y compris la demande illicite de ces stupéfiants et substances de même que les profits énormes découlant du trafic illicite .» Par implication, les usagers de drogue doivent aussi être perçus comme des criminels. Le préambule reflète clairement ses racines prohibitionnistes – et même de manière explicite lorsqu'on y confirme [Traduction] « les principes directeurs des traités existants visant les stupéfiants et les substances psychotropes, ainsi que le système de contrôle que ces traités concrétisent ».

Ainsi, la pierre d'angle de la Convention contre le trafic illicite est l'article 3: « Infractions et sanctions ». Ici, le traité innove en exigeant que les parties [Traduction] « légiferent, s'il y a lieu, en vue de mettre en place un code moderne d'infractions criminelles se rapportant aux diverses facettes du trafic illicite et d'assurer que de telles activités illicites seront traitées comme des infractions sérieuses par les autorités judiciaires ». 94 Le paragraphe 3(1) expose les infractions obligatoires, notamment :

- La production, la fabrication, la distribution ou la vente de tout stupéfiant ou de toute substance psychotrope, en violation des dispositions de la Convention unique ou de la Convention sur les psychotropes;
- La culture du pavot à opium, du coca ou du chanvre, en violation des Conventions ci-dessus ;
- La possession ou l'achat de tout stupéfiant ou de toute substance psychotrope pour le trafic illicite;
- La fabrication, le transport ou la distribution de matériaux, d'équipement et de substances pour la culture, la production ou la fabrication illicites de stupéfiants ou de substances psychotropes;
- L'organisation, la gestion ou le financement d'une des infractions ci-dessus. 95

De plus, le paragraphe 3(2) de la Convention sur le trafic illicite exige que chaque partie – sous réserve de ses principes constitutionnels et des principes fondamentaux de son système juridique – crée des infractions criminelles pour la possession, l'achat ou la culture de drogues pour la consommation personnelle.

UNE MARGE DE MANŒUVRE ?

Posons d'abord quelques constats sur la substance des conventions en vigueur.

Nations Unies, Commentary on the United Nations Convention Against Illicit Traffic in Narcotic Drugs and Psychotropic Substances, Done at Vienna on 20 December 1988, New York, Nations Unies, 1976, page 48.
 Voir Stewart (1990) op. cit., page 392; Gilmore (1991) op. cit., page 5.

Le premier a trait à l'absence de définitions. Les termes drogues, stupéfiants, ou psychotropes ne sont pas définis sinon que par des listes de produits classés en tableaux. Il s'ensuit que « est stupéfiant au sens du droit international, toute substance naturelle ou synthétique figurant sur la liste des stupéfiants », de même que « la notion de psychotrope est définie en droit international par l'appartenance à la liste des psychotropes ». 96 La seule chose que nous révèle la Convention de 1961 des substances visées c'est qu'elles peuvent faire l'objet d'abus. La Convention de 1971 sur les psychotropes, dont on se souviendra qu'elle avait inversé les rôles puisque les pays fabricants des drogues synthétiques voulaient des critères moins englobant, indique que les substances visées peuvent provoquer la dépendance, la stimulation ou la dépression du système nerveux central, et qu'elles peuvent donner lieu à des abus « tels qu'elle(s) constitue(nt) un problème de santé publique ou un problème social justifiant qu'elle(s) soi(en)t placé(es) sous contrôle international ».

Le second, découlant du premier, souligne l'arbitraire des classifications. Stupéfiant figurant, en compagnie de l'héroïne et de la cocaïne, aux Tableaux I et IV – qui appellent les contrôles les plus sévères – de la Convention de 1961, le cannabis ne figure pas en soi à la Convention de 1971 mais le THC est un psychotrope qui figure au Tableau I en compagnie de la mescaline, du LSD, etc. Le seul critère apparent de distinction est celui de l'usage médical et scientifique, expliquant pourquoi les barbituriques se retrouvent au Tableau III de la Convention de 1971, soumis à des contrôles moins sévères que les hallucinogènes naturels... Non seulement ces classifications sont-elles arbitraires, mais de surcroît elles ne reflètent ni les classifications pharmacologiques des substances ni leur dangerosité sociale.

Troisième constat, si l'on s'était préoccupé des questions de santé publique en fonction de la dangerosité des «drogues », on doit se demander pourquoi le tabac et l'alcool ne figurent pas parmi les substances contrôlées.

De ces constats, nous émettons l'observation que le régime international de contrôle des substances psychoactives, au delà les fondements moraux et parfois racistes qui ont pu l'animer à ses débuts, est surtout un système reflétant la géopolitique des relations Nord-Sud au cours du XXe siècle: ce sont en effet les substances organiques – coca, pavot et cannabis – faisant souvent partie des traditions ancestrales des pays d'où originent ces plantes, qui ont fait l'objet des contrôles les plus sévères, tandis que les productions culturelles du Nord, tabac et alcool, ne s'y retrouvaient pas et que les substances synthétiques produites par les industries pharmaceutiques du Nord étaient, elles, l'objet d'un régime réglementaire et non d'un régime d'interdiction. Il faut bien comprendre en ce sens l'exigence du Mexique, au nom d'un groupe de pays latino-américains, à faire interdire l'usage lors des négociations de la Convention de 1988, exigence qui permettait de rétablir un certain équilibre, les pays du Sud ayant dû porter, depuis les débuts de la prohibition, tout le poids des contrôles et de leurs effets sur leurs populations. Le résultat est peut-être malheureux, puisqu'il renforce un régime prohibitionniste dont le XXe siècle a

⁹⁶ Caballero et Bisiou, op. cit., : page 26.

amplement démontré l'échec ; mais c'était peut-être le seul moyen, tenant compte de l'État d'esprit des principales puissances occidentales, de démontrer à plus long terme l'irrationalité de tout le système. En tout état de cause, il n'y aurait qu'un pas à faire pour interroger la légitimité d'instruments qui contribuent à entretenir les inégalités Nord-Sud sans pour autant avoir réussi – loin de là – à réduire ni l'offre ni la demande de drogues.

Au delà de ce questionnement de fond, quelle est, à l'intérieur des conventions en place actuellement, la marge de manœuvre des pays pour adopter des politiques moins prohibitionnistes?

Plusieurs États ont adapté leurs systèmes de répression criminelle de manière à permettre la possession *de facto* de faibles quantités de certaines drogues mineures – telles que le cannabis et ses dérivés – pour la consommation personnelle, tout en respectant les limites juridiques des conventions.⁹⁷ Bien que les conventions ne permettent pas la légalisation ou même la décriminalisation d'une telle possession, ces pays ont contourné les restrictions en criminalisant la possession (comme l'exigent les traités) mais en n'appliquant pas la loi de manière rigoureuse, ou encore ils ont « dépénalisé » les infractions en les exemptant des sanctions.⁹⁸

Selon certains observateurs, de telles approches vont à l'encontre de l'esprit des conventions, particulièrement la Convention contre le trafic illicite, qui semble utiliser le terme « trafic » dans un sens très large englobant les activités liées à la « demande » à l'intérieur d'un régime de contrôle axé sur l'offre. Pourtant, il y a un fondement juridique sur lequel les approches plus souples pourraient prendre appui, car les traités ne les interdisent pas de manière explicite.

L'approche rigoureuse misant sur le droit criminel adoptée par le régime de contrôle international des stupéfiants a suscité des critiques chez les défenseurs des droits de la personne. Certains avancent que les sanctions d'emprisonnement sont disproportionnées quand il s'agit d'infractions liées aux drogues mineures, telles que la possession d'une faible quantité de cannabis pour la consommation personnelle. Dans un tel contexte, l'incarcération serait une sanction démesurée par rapport à l'infraction commise et, par conséquent, constituerait une violation de la dignité

⁹⁷ Par exemple, la Belgique, le Danemark, l'Allemagne, les Pays-Bas et la Pologne, et certains états de l'Australie. La Suisse considère actuellement un projet de «légalisation» du cannabis. Le chapitre suivant présente plus en détail les approches australienne, néerlandaise et suisse notamment.

⁹⁸ Voir Krajewski, K., (1999) «How flexible are the United Nations drug conventions?», *International Journal of Drug Policy*, ro 10, pages 329-338. Krajewski présente un excellent survol des limites juridiques des conventions en ce qui a trait à la légalisation et à la prohibition. Il tire la conclusion que la légalisation ou la décriminalisation nécessiterait probablement la modification du paragraphe 3(2) de la Convention sur le trafic illicite. Voir aussi la discussion au sujet de la légalisation dans Dupras (1998) *op. cit.*, pages 24-33; et Noll, A., (1977) «Drug abuse and penal provisions of the international drug control treaties », *Bulletin on Narcotics*, vol. XXIX, ro 4, octobre/décembre, pages 41-57.

⁹⁹ Voir, par exemple, les pages suivantes du site Web de Human Rights Watch, une organisation non gouvernementale de défense des droits de la personne : http://www.hrw.org/campaigns/drugs/ et http://www.hrw.org/worldreport99/special/drugs.html

inhérente des personnes, du droit de ne pas subir des peines cruelles et dégradantes, et du droit à la liberté, tels qu'exposés dans des instruments internationaux comme la Déclaration universelle des droits de l'homme, le Pacte international relatif aux droits civils et politiques et la Convention contre la torture et autres peines ou traitements cruels inhumains ou dégradants. 100 Certains ont aussi avancé que l'usage de drogues est un droit de la personne et qu'il faudrait l'inscrire dans la Déclaration universelle des droits de l'homme. 101

La Convention contre le trafic illicite est la seule des trois conventions à aborder les droits de la personne. Le paragraphe 14(2) de la Convention contre le trafic illicite oblige explicitement les parties à « respecter les droits fondamentaux de l'homme » lorsqu'elles adoptent des mesures en vue de prévenir et d'éliminer la culture illicite de plantes contenant des substances narcotiques ou psychotropes, telles que le pavot, le cannabis et le coca. La même disposition oblige les États à tenir compte des usages licites traditionnels — lorsqu'il existe des preuves historiques de tels usages — et de la protection de l'environnement.

Soulignons trois éléments qui donnent aux États, au Canada inclus, une certaine marge de manœuvre. Le premier est que les conventions reconnaissent la primauté des systèmes juridiques nationaux. En fait, les conventions internationales sur les stupéfiants n'ont pas d'application directe en droit national. Pour leur donner force sur le territoire national, l'État doit adopter une loi, au Canada la Loi sur les drogues et autres substances contrôlées. Spécifiquement, les conventions stipulent diversement que les mesures proposées de pénalisation sont faites «sous réserves des dispositions constitutionnelles » ou « compte tenu des régimes constitutionnel, juridique et administratif » des parties. Au Canada, les dispositions de la *Charte canadienne des droits et libertés* ainsi que les interprétations qu'en donne la Cour suprême sont des pièces maîtresses à l'intérieur desquelles le pays peut interpréter les conventions internationales sur les drogues.

Le second élément, un peu plus technique, suggère que la pénalisation de la détention se limite à la détention en vue du trafic, notamment en vertu du fait que cette disposition figure entre deux articles portant sur le trafic et en raison d'une formulation antérieure de cette disposition. La non pénalisation de la détention (possession) aux fins d'usage personnel ne serait donc pas, stricto sensu, interdite. C'est là notamment l'avis juridique d'un expert préparé à la demande de l'Office fédéral de la Santé publique de Suisse à l'occasion de son projet de loi sur la «légalisation» du cannabis : «une dépénalisation générale, prévue par la loi, de la consommation et de la culture à petite

 $^{^{100}\,}$ Le texte intégral de ces instruments internationaux est disponible à la page suivante du site Web du Haut Commissariat des Nations Unies aux droits de l'homme :

http://www.unhchr.ch/html/intlinst.htm

¹⁰¹ Voir Van Ree, E., (1999) «Drugs as a Human Right», *International Journal of Drug Policy*, vol. 10, pages 89-98. Van Ree propose un nouvel article 31 de la *Déclaration universelle des droits de l'homme*: «Chacun a le droit d'utiliser les substances psychotropes de son choix ».

¹⁰² Là dessus, voir Dupras, D., (1998) op. cit.

échelle de cannabis serait compatible avec les conventions »103. En ce qui concerne le commerce et l'approvisionnement, l'auteur écrit : «Même si une réglementation du commerce du cannabis avec un régime de licences ne semble pas exclue pour autant, des problèmes d'ordre pratique demeurent : d'une part à cause des mécanismes de contrôle exigés par la Convention de 1961 et, d'autre part, parce que la communauté internationale interprète la convention de 1988 comme une obligation de punir le commerce. »104

Enfin, le troisième élément est que ces conventions imposent des obligations morales aux États, non des obligations juridiques ou moins encore assorties de pénalités ou de sanctions en cas de contravention, et qu'elles prévoient aussi des mécanismes de demande de révision ou de modification.

CONCLUSIONS

Le cannabis, dont nous avons vu aux chapitres 5, 6, et 7 qu'il est largement consommé par les populations de par le monde, qu'il n'a pas les effets nocifs qu'on lui prête, et qu'il présente peu de risques pour la santé publique, ne mérite certainement pas de figurer aux tableaux des conventions avec les substances dites les plus dangereuses. Le cannabis présente même des applications thérapeutiques que les tribunaux canadiens ont reconnues. C'est pourquoi nous recommandons que le Canada informe la communauté internationale d'une demande de déclassement du cannabis dans le cadre d'une approche de santé publique et qui s'accompagnerait de mesures rigoureuses de suivi et d'évaluation

Conclusions du chapitre 19

- Les conventions internationales élaborées depuis 1912 n'ont pas permis de réduire l'offre de drogues alors qu'elles étaient soi-disant conçues dans cet esprit.
- > Les conventions internationales constituent un régime à deux vitesses réglementant les produits synthétiques produits par les pays du Nord et prohibant les substances organiques produites dans les pays du Sud, sans aucune considération pour les dangers réels que présentent ces substances pour la santé publique.
- > Le cannabis a été inclus dans les conventions internationales en 1925 sans aucune connaissance de

Peith, M., (2001) « Compatibilité de différents modèles de dépénalisation partielle du cannabis avec les conventions internationales sur les stupéfiants. » Avis juridique soumis à la demande de l'Office fédéral de la santé publique de la Confédération helvétique, page 14.
104 Ibid., page 15.

ses effets.
Les classifications internationales des drogues sont
arbitraires et ne reflètent pas la dangerosité des
substances pour la santé ni pour la société
> Le Canada devrait informer la communauté internationale des conclusions de notre rapport et
demander officiellement le déclassement du cannabis et
de ses dérivés.
de ses dérivés.

CHAPITRE 20

POLITIQUES PUBLIQUES DANS D'AUTRES PAYS

Nous venons de voir que les conventions internationales encadrent les approches de politiques pénales que les États signataires peuvent adopter. Nous avons aussi vu que les interprétations varient quant à la nature de ces obligations, spécifiquement quant à la consommation et donc à la détention aux fins personnelles. Certaines interprétations vont jusqu'à suggérer que, en ce qui concerne le cannabis, certaines formes de réglementation de la culture pourraient être possibles sans par ailleurs contrevenir aux dispositions des conventions, pour autant que l'État prendrait les moyens nécessaires pour pénaliser les trafics illégaux.

La vaste majorité des Canadiens ont entendu parler de la «guerre à la drogue » que mènent les USA et de son approche prohibitionniste, mais plusieurs seront étonnés de constater les variations importantes entre états, voire entre villes, de la fédération. Moins nombreux sont ceux qui savent que la Suède suit une politique d'interdiction au moins aussi rigoureuse mais par d'autres moyens. Beaucoup d'entre nous avons déjà entendu parler, d'une manière ou d'une autre, de l'approche «libérale » implantée aux Pays-Bas depuis déjà 1976. Moins auront entendu parler des approches espagnole, italienne, luxembourgeoise, ou suisse qui sont, à certains égards, encore plus libérales. Plus récemment, les Canadiens ont pris connaissance de la décision du ministre de l'Intérieur du Royaume-Uni de «déclasser » le cannabis au tableau C; mais il n'est pas certain que nous sachions bien ce que cela signifie. Tenant compte des préconceptions que l'on se fait de la France par rapport au vin, plusieurs pourront être étonnés d'apprendre que sa politique en matière de cannabis semble plus «conservatrice » que ne le serait celle, par exemple, de son voisin belge.

On voit qu'une fois posé le cadre global du casse-tête par la communauté internationale, les manières d'en agencer les morceaux varient largement entre les États parfois entre les régions d'un même État. C'est pourquoi, afin d'apprendre des expériences et approches des autres pays, le Comité a commandé un certain nombre de rapports de recherche sur la situation dans d'autres pays¹, et a souhaité entendre directement des représentants d'un certain nombre d'entre eux.²

¹ Ces rapports, préparés par les recherchistes de la Bibliothèque du Parlement, portent sur l'Australie, les États-Unis, la France, les Pays-Bas, le Royaume-Uni, la Suède et la Suisse. On en trouvera les références exactes à l'annexe 3.

² Nous avons entendu des représentants des États-Unis, de la France, des Pays-Bas et de la Suisse.

Évidemment, nous avons dû faire des choix. Nous nous sommes limités aux pays occidentaux du Nord; c'est une faiblesse, nous en convenons, mais nos ressources étaient limitées. De surcroît, voulant mettre les politiques publiques en relation avec des données sur les tendances d'usage et les pratiques judiciaires, nous étions contraints de choisir des pays disposant d'une base d'informations. Quant aux audiences de représentants des pays, nous étions limités surtout par le temps.

Ce chapitre décrit la situation dans cinq pays européens soit en France, aux Pays-Bas, au Royaume-Uni, en Suède et en Suisse, ainsi qu'en Australie et aux USA.

FRANCE³

Des logiques distinctives

La «rupture » introduite par loi de 1970⁴, en vigueur actuellement, qui pénalise l'usage de drogues, est à certains égards plus apparente que réelle. La politique publique interne avait en effet commencé à changer dès la fin du XIXe siècle menant à l'adoption de la grande loi sur les stupéfiants de 1916 qui pénalisait l'importation, le commerce, la détention et l'usage. Cette loi, d'application particulièrement sévère pour l'époque (jusqu'à 3 ans d'emprisonnement pour délits reliés aux stupéfiants) instituait le délit « d'usage en société ». Son adoption avait été précédée par une intense «campagne de salubrité publique » où les stupéfiants étaient «accusés par leurs détracteurs d'être à l'origine de la plupart des maux de la société, c'est-à-dire de favoriser en bloc la dépopulation, la décadence des mœurs ou bien encore les actes violents et criminels.»⁵

Cette loi sera complétée par la loi de 1922 et le décret loi de 1939 qui aggravent et renforcent ses prescriptions. La loi de 1922 imposait aux juges de prononcer l'interdiction de séjour contre les personnes convaincues de trafic ou de facilitation d'usage et la seconde augmentait les peines jusqu'à cinq ans. La loi de 1922 autorisait aussi la police à visiter des domiciles sans autorisation judiciaire préalable. De l'avis de Charras, «ces différentes prescriptions firent de la législation française l'une des plus draconiennes d'Europe. »⁶

Autre élément de tension dans la loi de 1970, l'injonction thérapeutique, considérée parfois comme le cœur même de la législation sur les drogues. Selon cette

³ Pour cette section, nous avons bénéficié du rapport d'étude préparé par la Bibliothèque du Parlement : Collin, C., (2001) *Politique nationale en matière de drogues : France.* Ottawa : Bibliothèque du Parlement, rapport préparé pour le Comité spécial du Sénat sur les drogues illicites.

⁴ Loi no 70-1320 du 31 décembre 1970 relative aux mesures sanitaires de lutte contre la toxicomanie et à la répression de trafic et de l'usage des substances vénéneuses.

⁵ Charras, I., (1998) «L'État et les «stupéfiants»: archéologie d'une politique publique répressive. » in Drogue. Du bon usage des politiques publiques. Les cahiers de la sécurité intérieure, page 13.

⁶ Charras, I., op. cit., pages 15-16.

disposition, « une obligation de soins peut être imposée à l'usager de stupéfiants à trois moments du processus pénal :

- A l'entrée dans la partie judiciaire, le parquet peut proposer une alternative aux poursuites pénales;
- En cours de procédure, le juge d'instruction ou le juge des enfants peut imposer la surveillance médicale ;
- Lors du prononcé du jugement, le tribunal peut imposer une mesure de soins, soit parce que l'usager l'a refusée auparavant, soit au contraire pour la prolonger si elle a démarré au titre de l'article précédent. »⁷

« Contrepoids humaniste d'une politique répressive »8, l'injonction thérapeutique a souvent été caractérisée par divers observateurs français comme un compromis boiteux entre les pouvoirs policier d'un côté et médical de l'autre. 9

Mais à caractériser le système français entre la répression de l'usager comme « délinquant » et son traitement comme «malade », il y a risque de gommer toute une autre partie de l'approche française en matière de drogues au moins jusqu'aux années 1970, sa politique extérieure et la logique fiscale.

«La prohibition des drogues est récente. Si on excepte la Chine qui cherche à prohiber l'usage de l'opium dès le XVIIIe siècle, il faut attendre le XXe siècle pour que la prohibition soit discutée en Europe. Encore ne devient-elle effective qu'après les années 50. Quant à la volonté de prendre en charge médicalement les usagers, elle n'est vraiment construite que depuis une vingtaine d'années. Avant d'être réprimé ou prescrit, l'usage de stupéfiants était taxé par le biais de monopoles fiscaux de l'opium ou du cannabis. » 10

Bisiou identifie cinq monopoles connus dans l'histoire de la France coloniale: ceux de l'Inde, de 1864 à 1954; ceux de l'Indochine de 1864 jusqu'en 1975 au Laos; en Océanie de 1877 à 1922; et deux monopoles du cannabis exploités concurremment avec les monopoles du tabac, un en Tunisie entre 1881 et 1954, l'autre au Maroc, entre 1914 et 1952. Un autre, dont l'existence n'a pas été confirmée, aurait existé au Liban. 11

Ces monopoles présentent divers avantages, notamment fiscaux et politiques. Au plan fiscal, ils constituent une rentrée importante de devises permettant de financer

8 Setbon, M., (2000) L'injonction thérapeutique. Évaluation du dispositif légal de prise en charge sanitaire des usagers de drogues interpellés. Paris : Observatoire français des drogues et des toxicomanies, page 11.

¹¹ Bisiou, op. cit., page 90.

⁷ Simmat-Durand, L., (1999) « Les obligations de soins en France. » in Faugeron, C., (ed.) Les drogues en France. Politiques, marchés, usages. Paris: Georg éditeur, page 111.

⁹ Voir entre autres Simmat Durand, L., (2000) La lutte contre la toxicomanie. De la législation à la réglementation. Paris : L'Harmattan; Bernat de Celis, J., (1996) Drogues : Consommation interdite. Paris : L'Harmattan; et Bergeron, H., (1996) Soigner la toxicomanie. Les dispositifs de soins entre idéologie et action. Paris : L'Harmattan.

¹⁰ Bisiou, Y., (1999) « Histoire des politiques criminelles. Le cas des régies françaises des stupéfiants. » in Faugeron, C., (ed.) *Les drogues en France. Politiques, marchés, usages.* Paris : Georg éditeur, page 89.

l'entreprise coloniale; au plan politique, ils sont bien acceptés par les colonies dans la mesure où ils préexistaient l'implantation française et étaient déjà bien acceptés par les populations locales. De manière intéressante, c'est le caractère moral des «substances vicieuses » qui justifie ce régime de taxation de produits de luxe dont on ne veut pas encourager la consommation. Abolie à la décolonisation, marquée par certaines contradictions internes entre des impératifs économiques de rentabilité et des objectifs sanitaires, cette politique avait aussi, à partir des années 30, fait l'objet de nombreuses critiques de la communauté internationale, dont les orientations étaient, on l'a vu, de plus en plus prohibitionnistes. N'empêche que l'histoire des monopoles d'État sur les drogues a marqué l'histoire française (comme la néerlandaise, la britannique et la portugaise d'ailleurs), et qu'elle constitue un autre pôle à côté de la politique intérieure.

Ainsi, ce n'est pas une politique publique qui a animé la France en matière de drogues au cours du XXe siècle, mais bien trois logiques souvent en concurrence les unes avec les autres. Il faut attendre le renforcement de la Mission interministérielle de lutte à la drogue et à la toxicomanie (MILDT) au milieu des années 1990 pour voir naître les velléités d'une politique d'ensemble plus intégrée, plus cohérente aussi.

Une politique publique intégrée

La MILDT avait été créée au début des années 80 sous le premier septennat Mitterrand. Mais au cours des ans, soit elle manquait de leadership, soit ses moyens n'étaient pas à la hauteur de ses ambitions. Il faut attendre la nomination de Nicole Maestracci en 1995, sous le gouvernement socialiste de Jospin, pour que la MILDT s'engage sur une trajectoire de visibilité et d'action publique forte. Son action a été aiguillée notamment par les controverses et manifestations virulentes d'intervenants de divers ordres (médecins hospitaliers préoccupés par le sida, membres d'ONG, toxicomanes, spécialistes, etc.) qui critiquaient les fondements scientifiques des principaux objectifs de la politique française en matière de drogues. Au centre de ce débat : la nécessité d'une approche de réduction des méfaits, ancrée sur la réduction de la transmission du sida par les usagers de drogues par intraveineuse et le traitement à la méthadone administré aux toxicomanes.¹²

En février 1994, seul un petit groupe de 77 toxicomanes avait accès à un traitement à la méthadone alors que la France comptait, à la même époque, 160 000 héro?nomanes. En 1998, des traitements de substitution de médicaments ont été offerts, en France, à un groupe pouvant atteindre 70 000 toxicomanes dont la grande majorité recevaient du Subutex et les autres de la méthadone. ¹³ Ce virage indique clairement que les pouvoirs publics considèrent maintenant la réduction des

¹² Voir Mme Nicole Maestracci, présidente de la Mission interministérielle de lutte à la drogue et à la toxicomanie, témoignage devant le Comité spécial du Sénat sur les drogues illicites, Sénat du Canada, première session de la trente-septième législature, 1^{er} octobre 2001, fascicule no 7, pages 9-10.

¹⁵ Michel Kokoreff, «Politique des drogues en France, entre loi pénale et réduction des risques», présentation au Comité sénatorial spécial sur les drogues illicites, 2001.

méfaits de la drogue comme un élément fondamental de la politique française en la matière. ¹⁴

Le 16 juin 1999, le gouvernement français a présenté un plan triennal qui reflète clairement ce changement de paradigme puisque les mesures palliatives et préventives devenaient des buts légitimes dans le cadre de la politique française. En ce qui a trait à la politique pénale, le cadre législatif principal – la Loi de 1970 – n'a pas été modifié et la consommation de drogue est toujours tenue pour une infraction. Néanmoins, une circulaire du ministre de la Justice a invité les procureurs à éviter l'incarcération et à promouvoir le traitement dans les cas de consommation de drogue.

Le plan est fondé sur des données européennes et internationales autant que sur de récents rapports, des consultations interministérielles, et des études scientifiques fournissant un certain nombre d'observations fondamentales à propos de la politique en matière de drogues et de la toxicomanie en France. L'émergence de nouveaux profils de consommation tels que l'utilisation de drogues multiples (licites et illicites), l'augmentation de la consommation de cannabis et d'alcool chez les jeunes, et la disponibilité accrue de drogues de synthèse étaient au cœur des préoccupations exprimées. Les systèmes et les bases de connaissance ont également fait l'objet de diverses critiques:

- Le manque de coordination entre les programmes de prévention et leur accessibilité limitée (p. ex. les programmes de prévention scolaire en matière de drogue ne sont offerts qu'à moins de 40 % des élèves et, en ce qui concerne l'alcool et le tabac, à moins de 20 %);
- Le manque d'appui social et professionnel;
- Le fait qu'il n'y ait pas de terrain d'entente culturel entre les divers intervenants (application des lois, bien-être social, éducation et santé publique);
- L'importance excessive accordée aux héroïnomanes dans l'administration des traitements spécialisés au moment même où la consommation, parmi les membres de ce groupe de toxicomanes, vient de se stabiliser;
- La difficulté de concilier la mise en application de la loi avec une stratégie de santé publique. ¹⁵

L'application de la loi pénale à l'égard des usagers a été constamment marquée par la difficulté à concilier action répressive et impératifs de santé publique. Le nombre d'usagers interpellés a doublé en cinq ans, sans que la procédure judiciaire permette suffisamment une rencontre utile avec médecins ou travailleurs sociaux.¹⁶

¹⁴ Henri Bergeron, «Comment soigner les toxicomanes? », *Sociétal*, juin-juillet 1998, pages 45 à 49.

¹⁵ Mission interministérielle de lutte contre la drogue et la toxicomanie (MILDT), *Plan triennal de lutte contre la drogue et de prévention des dépendances (1999-2001)*. Document disponible en ligne à l'adresse : http://www.drogues.gouv.fr/uk/what_you_need/whatyouneed_intro.html.

¹⁶ Mission interministérielle de lutte contre la drogue et la toxicomanie (MILDT), « Livret de connaissances, Synthèse du plan gouvernemental de lutte contre la drogue et de prévention des

En outre, les représentants élus et le grand public, constatant la diminution du nombre d'arrestations pour trafic au niveau local depuis 1996, trouvent ce fait difficile à comprendre tenant compte de l'importance qu'il faudrait accorder, à leurs yeux, au contrôle de l'approvisionnement en drogues. Enfin, le manque d'indicateurs fiables a empêché toute évaluation approfondie, voire compréhensible, des programmes existants.

À partir de ces constats, le gouvernement a élaboré un plan triennal définissant les priorités d'action, les objectifs et les mesures à prendre. Au cœur de ce dispositif, deux mots clés : intégration et connaissance. Intégration vue sous au moins deux angles : pour la première fois, la France aura une politique intégrée sur l'ensemble des substances psychoactives, drogues, médicaments, alcool et tabac.

« Le fait qu'on ait parlé de l'alcool, du tabac, et des médicaments et ce, en même temps qu'on parlait de drogues, a fait sans doute que chacun s'en est senti plus proche puisque chacun avait l'expérience de la consommation d'un produit qu'il soit licite ou illicite. C'était un élément important qui ne nous conduisait pas à dire que tous les produits allaient avoir le même régime législatif mais (cela permettait, quel que soit le produit), de distinguer des usages occasionnels et des usages problématiques. » ¹⁷

L'autre aspect de l'intégration est celui d'une interministérialité renforcée entre les 19 ministères qui forment la MILDT sous la présidence du Premier ministre.

Le second mot clef au cœur du dispositif français est celui de la connaissance. Comme nous l'avons mentionné plus tôt, un certain nombre d'observateurs avaient noté les faiblesses de l'appareillage de connaissance, dont des rapports commandés par diverses instances (discutés infra). Dans la foulée de l'impulsion donnée par la présidence de François Mitterrand à la création de l'Observatoire européen des drogues et des toxicomanies, la France crée, en 1993, l'Observatoire français des drogues et des toxicomanies. Organisme « autonome », l'Observatoire a pour mission « de développer le réseau sentinelle afin d'observer les tendances récentes de consommation, de conduire des enquêtes épidémiologiques régulières en population et de mettre en place un cadre global d'évaluation des politiques publiques. » Pour ce faire, il organise ses travaux sur trois axes principaux : la veille et l'amélioration des indicateurs ; la surveillance des tendances récentes et l'évaluation des politiques. L'observatoire dispose d'un personnel de 25 personnes et d'un budget de 18 millions FF (environ 3,5 millions \$). Il est aussi le point de correspondance national au réseau de l'Observatoire européen des drogues et des toxicomanies.

dépendances 1999-2000-2001 », *Drogues : savoir plus, risquer moins*, MILDT, décembre 1999, page 7. Disponible en ligne à l'adresse http://www.drogues.gouv.fr/fr/index.html.

¹⁷ Nicole Maestracci, témoignage devant le Comité spécial du Sénat sur les drogues illicites, page 13.

¹⁸ Observatoire français des drogues et des toxicomanies (2002) Drogues et dépendances. Indicateurs et tendances 2002. Paris : auteur, page 291.

Cadre législatif

La loi française qui régit les drogues illicites est tirée de nombreuses sources, notamment de quatre codes : le Code de la santé publique, le Code pénal, le Code de procédures pénales et le Code des douanes. Le cadre législatif principal est la loi du 31 décembre 1970, qui a amendé le Code de la santé publique et créé un cadre législatif fondé sur l'application de diverses mesures répressives et de dispositions relatives à la santé. La Loi de 1970 avait pour objet de réprimer sévèrement le trafic, d'interdire l'usage des stupéfiants tout en proposant une solution de rechange thérapeutique à la répression de l'usage, de même que d'assurer la gratuité des soins et l'anonymat pour les usagers qui souhaitent se faire traiter. ¹⁹ Il convient de noter que la plupart des articles de la Loi de 1970 (inscrits à l'origine dans le Code de la santé publique) ont été depuis intégrés au nouveau Code pénal entré en vigueur en 1994, à l'exception des infractions liées à la consommation des drogues, qui sont toujours sanctionnées par le Code de la santé publique. La loi française est également régie par la législation internationale depuis que la France a ratifié par voie législative les conventions des Nations Unies sur les stupéfiants.

Classes de drogues

La loi française ne distingue pas entre les types de drogues illicites ; par conséquent, une infraction telle que la consommation de drogue fait l'objet de poursuites et d'un jugement qui ne varient pas en fonction de la nature du produit consommé. Néanmoins, les autorités judiciaires peuvent tenir compte de la nature et de la quantité du produit, ainsi que de l'existence d'un casier judiciaire, dans leur décision d'intenter des poursuites, de réduire les accusations ou de ne pas inculper un délinquant. Les drogues illicites sont répertoriées dans des annexes de l'Arrêté du 22 février 1990 fixant la liste des substances classées comme stupéfiants :

- Annexe I: Stupéfiants tels que l'héroïne, la cocaïne, le cannabis, la méthadone, l'opium, etc.;
- Annexe II: Les substances telles que la codéine, le propiram, etc.;
- Annexe III: Les substances psychotropes telles que les amphétamines, l'ecstasy, le LSD, etc.;
- Annexe IV : Les drogues synthétiques : le MBDB, la 4MTA, la kétamine, le nabilone, THC, etc.²⁰

http://www.drogues.gouv.fr/fr/index.html.

Doservatoire européen des drogues et des toxicomanies (OEDT)/European Legal Database on Drugs (ELDD), France Country Profile, French Drug Legislation. Extrait du site http://eldd.emcdda.org/databases/eldd national reviews.cfm?country=FR.

¹⁹ Observatoire français des drogues et des toxicomanies (OFDT), *Drogues et toxicomanies : indicateurs et tendances*, Édition de 1999, page 20. Disponible en ligne à l'adresse

Infractions et peines

L'usage public ou privé de drogue est interdit en France et criminalisé par la Loi de 1970 (article L3421-1 du Code de la santé publique). La peine maximale infligée pour l'usage d'une drogue illicite est un emprisonnement d'un an ou une amende de 25 000 FF, ou encore le renvoi à un programme thérapeutique sur ordonnance du tribunal (injonction thérapeutique). Cet article du Code de la santé publique s'applique à tous les usagers sans distinction quant à la nature de la substance illicite consommée.

Le Code de la santé publique assure également la surveillance des toxicomanes par les services de santé (article L3411-1). Il se peut que les procureurs de la République n'intentent pas de poursuites judiciaires contre un délinquant qui peut, sur la foi d'un certificat médical, prouver qu'il s'est engagé dans une forme quelconque de thérapie ou s'est soumis à une surveillance médicale depuis la perpétration de l'infraction. Toutefois, si une personne ayant fait usage d'une drogue illicite ne fournit pas de certificat médical à cet effet, les procureurs peuvent l'enjoindre de suivre une cure de désintoxication ou de se placer sous surveillance médicale (article L3423-1). La participation à un programme ordonné par un tribunal suspend les poursuites judiciaires et celles-ci seront abandonnées si la personne en cause suit le programme de désintoxication en entier. ²¹ Il n'est pas rare pour un récidiviste de se voir imposer plus d'un traitement par un tribunal puisqu'on fait rarement appel à des mesures plus répressives pour un simple usage de drogue, particulièrement s'il s'agit de cannabis.

Une directive du ministère de la Justice de juin 1999 a demandé aux procureurs de préférer le traitement à l'incarcération pour les petits délinquants et les toxicomanes qui causent problème. La pratique a démontré que la solution thérapeutique est utilisée principalement pour les délinquants qui ne font que consommer ; dans la plupart de ces cas, le délinquant reçoit un avertissement et est tenu de s'adresser à un service social ou à un dispensaire. Lorsque des poursuites judiciaires sont intentées, le magistrat peut également imposer – et non simplement ordonner – à l'accusé de s'inscrire à un programme de désintoxication ; dans un tel cas, ce sont les autorités judiciaires qui se saisissent du cas au lieu qu'il soit confié aux services de santé. Si l'usager termine le traitement, on peut ne lui infliger aucune peine, mais le recours à de telles mesures est extrêmement rare.²² De la même façon, une intervention de désintoxication peut être une des conditions associées à une peine de prison avec sursis, à une mise en liberté conditionnelle ou à un régime de surveillance judiciaire. En France, le toxicomane est donc vu comme une personne malade à qui il convient d'offrir une thérapie.²³

En ce qui a trait au trafic de stupéfiants, la Loi de 1970 a été modifiée à diverses reprises, créant de nouvelles infractions telles que la cession ou l'offre illicites de drogues pour usage personnel (17 janvier 1986), le blanchiment de l'argent de la drogue (31 décembre 1987), ou la promulgation de nouvelles procédures telles que la

²¹ Comité consultatif national d'éthique, Rapports sur les toxicomanies, rapport no 43, le 23 novembre 994, page 19. Voir: http://www.ccne-ethique.org/français/start.htm

²² OEDT/ELDD, France Country Profile, 2001.

²³ Comité consultatif national d'éthique, 1994.

confiscation des profits du trafic des stupéfiants (14 novembre 1990) en vue de se conformer à l'article 5 de la Convention des Nations Unies (19 décembre 1988).²⁴ Actuellement, les infractions de trafic comprennent la cession ou l'offre illicites de stupéfiants à une personne pour consommation personnelle et elles sont assorties d'une peine pouvant aller jusqu'à cinq ans d'incarcération et une amende maximale de 500 000 FF (articles 222-39 du Code pénal); et une infraction qui criminalise le transport, la détention, l'offre, la cession, l'acquisition ou l'emploi illicites de stupéfiants et qui est assortie d'une peine pouvant aller jusqu'à dix ans d'incarcération et d'une amende maximale de 50 millions FF (article 222-37). L'importation et l'exportation illicites de stupéfiants sont également punissables de dix ans d'incarcération et d'une amende pouvant aller jusqu'à 50 millions FF, mais quand cette même infraction est commise par une organisation criminelle, la peine peut aller jusqu'à 30 ans d'emprisonnement (article 222-36). En outre, le trafic des stupéfiants peut également être considéré comme une infraction douanière (contrebande et infractions similaires) entraînant une peine maximale de trois ans d'incarcération et des amendes pouvant représenter jusqu'à deux fois et demie la valeur de la marchandise illicite. Les poursuites intentées en vertu du Code des douanes n'excluent pas les poursuites au pénal et les sanctions pour les infractions à la réglementation douanière peuvent s'ajouter aux sanctions pénales.²⁵

On peut citer, parmi les autres infractions, la production ou la fabrication illicites de stupéfiants, punissable de 20 ans d'emprisonnement et d'une amende de 50 millions FF. Ici encore, lorsqu'un membre d'une organisation criminelle commet l'infraction, la peine peut aller jusqu'à 30 ans d'incarcération (article 222-35). Le blanchiment d'argent ayant un rapport avec la drogue, défini comme « faciliter, par tout moyen, la justification mensongère de l'origine des liens ou des revenus de l'auteur d'une infraction à la loi sur les stupéfiants », est punissable d'une peine de 10 ans d'emprisonnement et d'une amende de 5 000 000 FF (article 222-38). La provocation à l'usage de drogue ou à la perpétration des infractions prévues par les articles 222-34 à 222-39 du code pénal ou le fait de présenter ces infractions sous un jour favorable est punissable de cinq ans d'incarcération et d'une amende de 500 000 FF (article L3421-4 du Code de la santé publique). Cette infraction vise les médias et les œuvres littéraires ou artistiques. Le fait de provoquer un mineur à faire usage illicite de stupéfiants est punissable de cinq ans d'emprisonnement et d'une amende de 700 000 FF, et, dans le cas d'un mineur de moins de 15 ans ou si l'infraction est commise à l'intérieur ou à

²⁴ Convention des Nations Unies contre le trafic illicite de stupéfiants et de substances psychotropes, 19 décembre 1988 : article 5, Confiscation. 1. Chaque partie adopte les mesures qui se révèlent nécessaires pour permettre la confiscation : a) des produits tirés d'infractions établies conformément au paragraphe 1 de l'article 3 ou des biens dont la valeur correspond à celle desdits produits; b) des stupéfiants, substances psychotropes, matériels et équipements ou autres instruments utilisés ou destinés à être utilisés de quelque manière que ce soit pour les infractions établies conformément au paragraphe 1 de l'article 3.

²⁵ OEDT/ELDD, France Country Profile, 2001.

proximité d'un établissement d'enseignement, la peine peut être portée à sept ans d'emprisonnement et une amende de 1000 000 FF (article 227-18). Enfin, le fait de diriger ou d'organiser un groupe engagé dans la production, la fabrication, l'importation et l'exportation, le transport, la détention, la cession, l'acquisition ou l'emploi illicites de stupéfiants peut entraîner une condamnation à perpétuité avec une amende de 50 000 000 FF (article 222-34).

Quelques rapports clés

Le rapport « Pelletier »

Le premier examen de la Loi de 1970 et des politiques françaises en matière de drogues et de toxicomanie a été réalisé en 1978 par une commission présidée par Monique Pelletier, qui a étudié la question à la demande du président

Giscard d'Estaing.26

Selon le rapport Pelletier, les difficultés de mise en œuvre de la Loi de 1970 résultaient des inégalités de traitement des toxicomanes en raison, partiellement du fait que la loi n'établissait pas de catégorie intermédiaire entre un usager et un trafiquant de drogue. Le rapport attribuait également les problèmes de mise en application au manque de collaboration entre les responsables des questions juridiques et des questions de santé. The médecins étaient particulièrement sceptiques sur le principe de l'injonction thérapeutique et l'obligation des contrevenants de subir un traitement. Les membres de la Commission Pelletier ont également noté que l'on faisait plus souvent appel aux sanctions pénales qu'aux diverses formes de traitement. Ils ont estimé néanmoins que la Loi de 1970 méritait qu'on lui accorde une deuxième chance, suggérant qu'elle pourrait profiter de la diffusion de lignes directrices claires en matière d'application (circulaires) et de l'apport de ressources structurelles et financières visant à assurer la réussite des options thérapeutiques, sur le plan tant judiciaire que médical. Le rapport proposait, entre autres, que les toxicomanes soient différenciés d'après le type de substance illicite dont ils font usage. Estate des options tieres des contrevenants de mise en œuvre de substance illicite dont ils font usage.

La loi n'établit encore aucune distinction officielle aujourd'hui entre les différentes substances illicites mais, dans la pratique, de nombreuses circulaires ont invité les procureurs et les juges, au cours des 20 dernières années, à distinguer l'usage du cannabis et la consommation d'autres drogues telles que l'héroïne et la cocaïne. Par exemple, selon une circulaire en date du 7 mai 1978, les usagers du cannabis ne devraient pas être considérés comme de « vrais » toxicomanes, les traitements de désintoxication pourraient ne pas convenir à ce type d'usagers et ceux-ci devraient faire

²⁸ OFDT, 1999, p. 25.

²⁶ Pelletier, M. (1978) Rapport de la mission d'étude sur l'ensemble des problèmes de la drogue, Paris : La Documentation française.

²⁷ Centre d'aide et d'accueil en toxicomanie (CAAT), La mise en application de la loi. Voir : http://caat.multimania.com/info/app_loi.htm.

l'objet d'un simple avertissement. On y invitait également les juges à encourager les usagers à communiquer avec un centre pour toxicomanes et à ne recourir à l'injonction thérapeutique qu'à l'égard des récidivistes. La circulaire en question a été perçue par un grand nombre comme une décriminalisation de l'usage du cannabis. Il convient toutefois de faire remarquer que les circulaires expriment les intentions du ministère de la Justice, mais que leur application dépend de la discrétion des procureurs de la République.²⁹

La circulaire de 1978 est restée un outil de référence jusqu'au 12 mai 1987, date à laquelle une circulaire conjointe Justice-Santé a abrogé les circulaires précédentes et introduit une nouvelle distinction fondée sur la fréquence d'utilisation.

«Toutes les interpellations pour usage doivent faire l'objet d'un procès-verbal transmis au parquet et si possible traité par un magistrat spécialisé. Les usagers «occasionnels», s'ils sont bien insérés, doivent faire l'objet d'un simple avertissement. Pour les usagers «d'habitude», la circulaire recommande le recours à l'injonction thérapeutique ou aux poursuites. Les usagers étrangers, en séjour irrégulier en France, doivent être jugés en comparution immédiate et faire l'objet d'une interdiction de territoire. Enfin, les usagers trafiquants ou usagers délinquants doivent être prioritairement poursuivis du chef d'accusation de trafic ou de l'atteinte aux personnes ou aux biens. Cette circulaire marque également la volonté de relancer l'injonction thérapeutique et en précise les conditions d'application.» ³⁰

Cette circulaire a marqué un tournant vers l'adoption de mesures plus répressives pour les consommateurs d'habitude et pour les usagers trafiquants³¹ et elle a orienté la politique pénale entre 1990 et 1995 vers la relance de l'injonction thérapeutique et l'établissement d'une distinction entre usager occasionnel, usager d'habitude et usager-revendeur.³²

Le rapport Trautmann

Le deuxième rapport a été produit en 1989 par Catherine Trautmann, alors présidente de la Mission interministérielle de lutte contre la drogue et la toxicomanie. Déposé en 1990, ce rapport comprenait un examen des données disponibles sur la consommation de drogue et la toxicomanie ainsi qu'une étude des principales difficultés de la lutte antidrogue et des politiques françaises en matière de drogues entre 1978 et 1988.³³

Aucun changement à la Loi de 1970 n'a été recommandé, le rapport mettant plutôt l'accent sur la nécessité d'intervenir de manière plus efficace contre le trafic des stupéfiants en assurant une meilleure coopération entre les trois services de portée nationale participant à la lutte contre ce trafic (la police, la gendarmerie et les douanes,

²⁹ Ibid.

³⁰ Ibid., page 26

³¹ CAAT, 2001, page 3

³² OFDT, 1999, pages 26 à 27.

³³ Trautmann, C., (1990) Lutte contre la toxicomanie et le trafic de stupéfiants. Rapport au Premier ministre. Paris : La Documentation française.

qui ont chacune un champ de compétence particulier: zones urbaines pour la police, zones rurales pour la gendarmerie et régions frontalières pour les douanes) et en renforçant la surveillance de la frontière française. Le rapport suggérait aussi d'insister davantage sur le volet « demande » du problème de la drogue en élaborant des stratégies visant à prévenir l'usage des drogues et la toxicomanie, particulièrement chez les jeunes. Le rapport contenait également des suggestions sur les soins à prodiguer aux toxicomanes, et la question de leur insertion et réinsertion dans la collectivité s'articulait autour de trois axes: améliorer la santé et les services sociaux, tenir compte des problèmes associés au sida et établir un système de gestion financière solide pour appuyer des unités spécialisées offrant des services aux toxicomanes.

Enfin, le rapport Trautmann s'opposait nettement à la décriminalisation ou à la légalisation de l'usage des drogues, en particulier du cannabis. Ses auteurs ont insisté sur la nécessité de prévenir l'usage des drogues et de prendre soin des toxicomanes, et, selon eux, la décriminalisation de l'usage du cannabis banaliserait la toxicomanie et favoriserait la consommation précoce et plus fréquente des drogues dures.³⁴

Le rapport Henrion

La Commission Henrion a produit, en 1995, un troisième rapport sur les drogues en France³⁵ qui en vient aux mêmes conclusions que les deux rapports précédents en ce qui concerne le manque de coordination et de coopération entre les responsables des systèmes judiciaire et sanitaire et les difficultés que pose la mise en œuvre d'une politique fondée à la fois sur des mesures répressives et des mesures d'hygiène publique. La Commission a signalé le recours limité à l'injonction thérapeutique et le nombre croissant d'arrestations pour simple consommation de cannabis. Elle a recommandé avant tout l'élaboration d'une politique d'évaluation permettant de cerner la situation de la drogue en France et a proposé que la politique de la France en matière de drogues mette l'accent sur la prévention. En outre, le rapport a critiqué les incohérences dans l'application de la loi et les inégalités dans le traitement prodigué aux toxicomanes selon les régions, et il a recommandé que les organismes et structures en place chargés de la répression du trafic des stupéfiants soient dotés des ressources financières et humaines leur permettant d'exécuter leur mandat.

Par ailleurs, la Commission Henrion s'est distinguée en proposant une réforme de la Loi de 1970. Sur la question de la décriminalisation du cannabis, ses membres ont exprimé des opinions divergentes, une minorité (8 sur 17) s'y opposant, principalement parce qu'ils pensaient qu'il serait difficile de maintenir l'interdiction morale sans prohibition légale. Une courte majorité de membres (9 sur 17) étaient favorables à la décriminalisation de l'usage et de la possession de petites quantités de cannabis. Ils ont suggéré de procéder graduellement, sans modifier les règles sanctionnant l'offre de cannabis, afin de mieux contrôler et évaluer les conséquences de la décriminalisation de

³⁴ *Ibid.*, Annexe 10, pages 252 et 253.

³⁵ Henrion, R., (1995) Rapport de la Commission de réflexion sur la drogue et la toxicomanie. Rapport au ministère des Affaires sociales, de la Santé et de la Ville. Paris : La Documentation française.

l'usage de cette drogue. Ils ont également recommandé que la décriminalisation soit accompagnée par l'édiction de règles limitant l'usage du cannabis à certains endroits et interdisant sa consommation chez les jeunes de moins de 16 ans. La réglementation réprimerait également l'intoxication dans un lieu public, créerait une infraction de conduite sous l'influence du cannabis et interdirait son usage à certains professionnels pour des raisons de sécurité (notamment les contrôleurs aériens, les pilotes, les conducteurs de véhicules de transport public, etc.). Toutes ces mesures devaient être accompagnées d'une campagne de prévention mettant l'accent sur les conséquences négatives possibles de la consommation de cannabis et d'une évaluation continue portant non seulement sur la consommation de cannabis, mais également sur celle des opiacés, de la cocaïne et du crack, ainsi que sur les recherches neurobiologiques établissant les effets de la consommation du cannabis. Enfin, on maintiendrait et continuerait à appliquer les peines prévues pour l'incitation à la consommation de drogue.³⁶

La Commission a laissé entendre que si une telle réforme était retenue et n'entraînait aucune détérioration de la situation au cours des deux années subséquentes, le gouvernement devrait ensuite envisager de réglementer le commerce du cannabis en le plaçant sous le contrôle strict de l'État. Il convient toutefois de noter que certains membres de la Commission étaient persuadés qu'une telle réglementation devait être mise en œuvre parallèlement à la décriminalisation du cannabis et qu'il ne devrait pas y avoir de période d'essai. ³⁷ Ces recommandations n'ont pas eu de suites.

La Commission Henrion a également recommandé l'adoption d'une politique de réduction des méfaits de la drogue qui ne se limiterait pas à réduire les risques de la consommation pour la santé, mais serait axée sur la promotion de la santé publique et réprimerait rigoureusement certains comportements négatifs tels que l'abandon des aiguilles usagées dans un lieu public.³⁸

³⁶ *Ibid.*, pages 82-83.

³⁷ *Ibid.*, page 83.

³⁸ *Ibid*, page 89.

Rapports d'experts

Nous avons amplement discuté aux chapitres 5, 6 et 7, les données scientifiques de trois récents rapports d'experts, les rapports Roques sur la dangerosité des drogues (1995)³⁹, Reynaud et Parquet⁴⁰ sur les pratiques addictives (1999) et l'expertise collective de l'INSERM⁴¹ (2001) sur le cannabis. Ces divers rapports, qui se complètent et se rejoignent largement sur leurs principales conclusions, constituent, au plan international, une des bases d'information scientifique les plus rigoureuses et surtout les moins idéologiques que nous ayons pu consulter. Il est probable que, n'étant pas associés à une commission chargée d'étudier les aspects des politiques publiques, ces diverses commissions avaient la possibilité d'échapper un peu plus à la contamination possible des interprétations téléologiques des données de recherche.

Statistiques sur l'usage et la répression

Usage

Les données suivantes proviennent du rapport 1999 intitulé *Drogues et toxicomanies : indicateurs et tendances*, préparé par l'Observatoire français des drogues et des toxicomanies.⁴²

- Forte diminution des décès causés par les surdoses (554 en 1994, 143 en 1998) ainsi que des décès des sidéens liés à la consommation de drogues injectables (1 037 en 1994, 267 en 1997);
- Baisse importante de la consommation d'héroïne depuis 1996, que l'on pourrait attribuer à une augmentation du recours aux traitements de substitution;
- Normalisation de l'usage du cannabis, dont la consommation est de plus en plus répandue, particulièrement chez les jeunes ;
- Croissance du phénomène que constitue la culture du cannabis;
- Accessibilité croissante des drogues de synthèse, qui ne représentent toutefois qu'un faible pourcentage des drogues consommées ;
- Augmentation de l'usage de la cocaïne ;
- Nouvelles habitudes de consommation de drogues multiples, y compris les substances licites telles que l'alcool, se manifestant surtout chez les jeunes 54 % des jeunes pris en charge dans des centres de désintoxication consomment au moins deux produits.

³⁹ Roques, B., (1995) La dangerosité des drogues. Paris : Odile Jacob.

⁴⁰ Reynaud, M., et coll., (1999) Les pratiques addictives. Usage, usage nocif et dépendance aux substances psychoactives. Paris: Secrétariat d'État à la Santé et aux Affaires Sociales.

⁴¹ INSERM (2001) Cannabis: Quels effets sur le comportement et la santé? Paris: auteur.

⁴² Observatoire français des drogues et des toxicomanies, *Drogues et toxicomanies : indicateurs et tendances*, Édition de 1999. Disponible en ligne à l'adresse http://www.drogues.gouv.fr/fr/index.html.

Les enquêtes menées en 1995 auprès d'un échantillon représentatif d'adultes français ont révélé que presque 25 % du groupe des personnes âgées de 18 à 44 ans ont fait l'expérience de l'usage du cannabis au moins une fois et que 7,7 % ont déclaré en consommer occasionnellement ou régulièrement. Les enquêtes auprès des appelés dans les centres de sélection du service national en 1996 ont démontré également qu'une large tranche (40 %) des jeunes hommes de 18 à 23 ans avaient fait l'expérience du cannabis et que 14,5 % en avaient consommé au cours du mois écoulé. 43 On estime qu'au cours de la deuxième moitié des années 90, plus d'un tiers des jeunes de 15 à 19 ans ont fait l'expérience de la drogue, particulièrement du cannabis. Ces enquêtes ont également fait état d'une importante augmentation de la fréquence de consommation du cannabis, puisque la proportion des jeunes en ayant consommé au moins dix fois au cours de l'année a augmenté de plus de 50 % entre 1993 et 1997.44 On a en outre établi que les garçons étaient plus susceptibles que les filles de faire usage de substances illicites et présentaient un risque beaucoup plus élevé d'usage répété. Une étude menée en 1998 a indiqué que 33 % des garçons avaient signalé qu'ils avaient fait l'expérience du cannabis, comparativement à 23 % des filles. 45 Le rapport 2002 de l'OFDT note aussi une augmentation des prises en charge sanitaires ou sociales pour usage de cannabis: environ 15 % des prises en charge seraient pour usage de cannabis. Ces personnes sont généralement plus jeunes que les personnes prises en charge pour usage d'opiacés, plus fréquemment prises en charge pour la première fois, et plus souvent adressées par l'institution judiciaire. 46

Au cours de la deuxième moitié des années 90, le nombre usagers d'opiacés « à problèmes » (consommation de drogue pouvant entraîner la nécessité d'un traitement prodigué par le système de santé ou le système social ou d'un contact avec les organismes d'application de la loi) se situait dans une fourchette de 142 000 à 176 000 personnes.⁴⁷

Infractions

Le rapport de l'OFDT indique que le nombre d'arrestations pour des infractions en matière de drogue est passé de 45 206 à 90 000 au cours de la période de 1993 à 2000. L'augmentation la plus importante concernait le nombre de personnes arrêtées pour usage de cannabis (79 000 en 2000 comparativement à 30 344 en 1993), alors que le nombre d'arrestations pour consommation d'héroïne était en baisse (14 959 en 1993, 7 469 en 1998 après un sommet de 17 356 en 1995). Le cannabis a motivé 85 % des arrestations en matière de drogues en France en 1998, comparativement à 63 % en 1993. Les personnes interpellées pour usage de cannabis sont les plus jeunes (22 ans en moyenne) des usagers de drogues interpellés. Toutefois, il convient de noter qu'un

⁴³ OFDT, 1999, pages 62 et 63.

⁴⁴ Ibid., page 83

⁴⁵ Ibid., pages 82 à 84.

⁴⁶ OFDT (2002), page 96.

⁴⁷ OFDT, 1999, page 64.

peu moins de la moitié des personnes arrêtées pour usage de drogue (45 %) sont placées en garde à vue et que la grande majorité des usagers simples mis en cause (97,2 %) ont été libérés en 1997. 48

Les études entreprises en France ont insisté sur le fait que les statistiques sur l'arrestation des usagers de drogues doivent être utilisées avec prudence puisqu'il est difficile d'établir la proportion des changements signalés qui reflète les variations de la population des usagers et de savoir combien de ces changements sont plutôt attribuables aux réformes des services de police et de gendarmerie. Par exemple, les données sur les arrestations pour consommation entre 1993 et 1998 ont indiqué une croissance significative de 30 % des arrestations liées à l'usage des drogues en 1997 et de 9% en 1998.49 De nombreux facteurs peuvent expliquer une telle augmentation, notamment des changements de comportement chez les membres des services de police et de gendarmerie, la réorganisation des départements de police et la « normalisation» de l'usage du cannabis. Parmi ces facteurs, on peut citer une circulaire sur l'injonction thérapeutique diffusée en 1995 par le ministère de la Justice incitant les procureurs à donner des instructions aux membres de la police et de la gendarmerie visant la «systématisation du signalement des usagers ».50 On peut présumer que de telles directives peuvent avoir contribué à une augmentation notable des arrestations liées à la consommation de drogue enregistrées en 1997.

En ce qui concerne le trafic, le nombre d'arrestations a diminué entre 1996 et 1998, pour passer de 8 412 à 5 541. Un peu plus de la moitié des trafiquants arrêtés en 1998 (52 %) étaient des trafiquants de cannabis, 24 % étaient impliqués dans le trafic de l'héroïne et 17 % dans celui de la cocaïne et du crack. Les principales fluctuations ont été observées dans le nombre d'arrestations des trafiquants d'héroïne, qui est passé de 3 395 en 1993 à 1 356 en 1998. Les arrestations pour trafic de cocaïne sont passées de 383 à 972 au cours de la même période, alors que les arrestations liées au trafic de cannabis ont augmenté légèrement pour passer de 2 456 à 2 920⁵¹

Le nombre total de condamnations où l'usage est l'infraction principale est passé de 7 434 en 1992 à 6 530 en 1997. En 1997, 3 368 contrevenants ont été condamnés pour usage seul. Parmi ceux-ci, 14 % ont été condamnés à des peines d'emprisonnement d'une durée moyenne de 2,4 mois, 35 % ont reçu une peine avec sursis (souvent associée à la probation et à l'injonction thérapeutique), 33 % se sont vu infliger des amendes, 7% ont eu d'autres sanctions et 6% ont dû s'inscrire à un programme éducatif. Le nombre de condamnations pour usage et transport est passé de 761 en 1991 (6,6 % des condamnations) à 3 478 en 1997 (22,2 %). Les condamnations pour usage et trafic ont également augmenté pour passer de 475

⁴⁸ *Ibid.*, pages 112 et 113. Il convient de noter que «la remise en liberté recouvre de nombreuses situations et n'implique pas un abandon de poursuite. Certains peuvent être jugés par la suite après convocation au tribunal ».

⁴⁹ *Ibid.*, page 112.

⁵⁰ Ibid., page 114.

⁵¹ *Ibid.*, pages 164 et 165.

en 1991 à 1501 en 1997 (4,1 % comparativement à 9,6 % des condamnations pour infractions en matière de drogue). Dans 21 % des cas de condamnation pour usage et autres infractions en matière de drogue, une peine de prison a été infligée. Dans 37 % des cas d'usage et de trafic de drogue et 21 % des cas d'usage et de transport de drogue, les personnes condamnées ont écopé de peines mixtes (prison et emprisonnement avec sursis). La durée moyenne d'incarcération était de 16,8 mois en 1997.⁵²

En 1998, le nombre de saisies de cannabis a atteint 40 115, comparativement à 27 320 en 1996. Toutefois, les quantités saisies étaient plus modestes en 1998 qu'en 1996 (55 698 kg comparativement à 66 861 kg).

Coûts

En 1995, le budget public consacré à la mise en œuvre de la politique française en matière de drogues était de 4,7 milliards FF. Par rapport aux dépenses totales (budget particulier et crédits interministériels), environ 1536,56 millions FF ont été dépensés pour la justice, 1260,54 millions FF pour les services de police, 469,55 millions FF pour la gendarmerie et 450,25 millions FF pour les douanes. Le montant dépensé pour l'exécution des lois s'est avéré considérablement plus élevé que les dépenses pour la santé (656,3 millions FF) et les affaires sociales (28,58 millions FF).

Des chiffres plus récents sur les crédits interministériels indiquent que, pour 1998, les dépenses pour la santé et les affaires sociales étaient de 47,9 millions FF, celles consacrées à la justice de 18,9 millions FF, celles du ministère de l'Intérieur (police), 18,5 millions FF et celles de la Défense (gendarmerie), de 10,7 millions FF.

⁵² OFDT, 1999, p. 121 à 123.

PAYS-BAS⁵³

Il s'est dit tout et n'importe quoi sur l'approche néerlandaise en matière de drogues. On nous a dit par exemple :

« En Hollande, des études menées au début des années 1990 illustrent l'impact négatif de la tolérance envers les drogues illicites :

- Le nombre de boutiques (des « cafés ») qui tirent leurs revenus de la vente de haschisch depuis la dépénalisation de 1990 est passé de 20 à 400 à Amsterdam en 1991 à plus de 2 000 dans toute la Hollande;
- De 1984 à 1988, le nombre de fumeurs de haschisch de plus de 15 ans a doublé en Hollande; de 1988 à 1992, le nombre de fumeurs de 14 à 17 ans a encore doublé, et celui des consommateurs de 12 et 13 ans a triplé;
- Le taux de crimes violents commis en Hollande est le plus élevé d'Europe et il continue de monter. » 54

«Aux Pays-Bas (il faut être prudent parce que d'énormes différences sociales et culturelles empêchent toute comparaison générale entre le Canada et ce pays), la politique antidrogue visant la réduction des méfaits fait une distinction très nette entre le cannabis et les drogues dites « dures ». Depuis l'adoption de la politique, le cannabis semble moins dangereux et son approbation sociale a augmenté, surtout chez les jeunes dont la consommation de cannabis a quadruplé. La consommation de cannabis dans ce pays, comme dans la plupart des pays du continent européen, s'il faut en croire les statistiques mentionnées, reste inférieure à la consommation au Canada. Mais cela signifie tout simplement que nous devons être encore plus vigilants. La propension à avoir une situation problématique et la probabilité que cela arrive semblent plus élevées au pays. »⁵⁵

Divers témoins ont cité l'article de Larry Collins publié dans la prestigieuse revue Foreign Affairs. Pourtant, cet article est truffé d'erreurs de fait.

Tenant compte du climat qui entoure le débat des politiques sur les drogues, il est difficile de décrire l'approche néerlandaise sans donner l'impression de prendre une position. Rappelons d'abord certains constats que nous avons faits au chapitre 6 et sur lesquels nous reviendrons dans l'analyse comparative au chapitre suivant : d'une part les comparaisons internationales sur les tendances d'usage doivent être faites avec prudence en raison des différences de méthodologie entre les enquêtes ; d'autre part, les

⁵³ Cette section s'inspire notamment du rapport de recherche produit par la Bibliothèque du Parlement à la demande du Comité : Dolin, B., (2001) *Politique nationale en matière de drogues : les Pays-Bas.* Ottawa : Bibliothèque du Parlement. Document produit pour le Comité spécial du Sénat sur les drogues illicites. Disponible en ligne à : www.parl.gc.ca/drogues-illicites.asp

⁵⁴ Association canadienne des policiers et policières, Mémoire soumis au Comité spécial du Sénat sur les drogues illicites, 28 mai 2001.

⁵⁵ Mémoire du Dr Colin Mangham, Conséquences de la libéralisation de la politique antidrogue du Canada, 17 septembre 2001

comparaisons internationales tendent à démontrer que «la relation entre les chiffres mesurant le niveau de consommation du cannabis et modèle législatif en vigueur dans un pays n'est pas évidente ni systématique ». ⁵⁶

Comme pour la France, nous commençons par un bref historique de la législation sur les drogues aux Pays-Bas. Nous décrivons ensuite les grandes lignes de sa politique actuelle et de ses outils de mise en œuvre. Nous présentons la législation contemporaine de manière plus précise et les rapports qui l'ont fondée, et fournissons enfin quelques données sur les usages et leur répression.

Le pragmatisme néerlandais?

Comme les autres puissances coloniales, les Pays-Bas ont entretenu des comptoirs ou régies de production d'opium dans leurs colonies. Ce système permettait des rentrées fiscales significatives : entre 1816 et 1915, on estime que les profits nets tirés de la vente de l'opium représentaient environ 10 % du revenu total des colonies pour le trésor néerlandais. Le pays était aussi le plus important producteur de cocaïne aux fins médicales. Ce n'est qu'à la fin de la Seconde guerre mondiale et l'accession de l'Indonésie à l'indépendance, que les Pays-Bas allaient mettre fin au monopole de l'opium.

[Traduction] « Des intérêts économiques bien compris dans la production et le commerce des drogues peuvent expliquer les réserves des Pays-Bas à soutenir le système international de contrôle des drogues. Il est clair que les Pays-Bas ont tenté de protéger leurs intérêts commerciaux lors des conférences, et ont réussi, au moins temporairement, à le faire. (...) Notons au passage que les Pays-Bas se sont aussi opposés à l'inclusion du cannabis dans la convention..» ⁵⁷

Au cours des années 20 et 30, le pays a été l'objet des critiques de la Ligue des Nations et des États-Unis notamment, pour son important commerce de drogues : parmi les principaux producteurs d'héroïne, il était le principal producteur de cocaïne. Mais les négociateurs néerlandais aux conférences internationales sur les diverses conventions, ainsi qu'une partie de la population elle-même, ne croyaient pas à un système basé sur la prohibition et considéraient déjà, au début du siècle, qu'un système de contrôle gouvernemental serait plus efficace.

C'est cette attitude qui a amené plusieurs analystes à présenter l'approche néerlandaise sur les drogues sous l'angle du pragmatisme.

⁵⁶ Martineau, H. et É. Gomart (2000) *Politiques et expérimentations sur les drogues aux Pays-Bas.* Rapport de synthèse. Paris: OFDT, page 44.

⁵⁷ De Kort, M. (1994) «A short history of drugs in the Netherlands.» in Leuw, E. and I. Haen Marshall (eds.) Between prohibition and legalization. The Dutch experiment in drug policy. Amsterdam: Kugler, page 11.

« La société néerlandaise est une société pragmatique. C'est une nation de marchands, et ce, depuis le XVIIe siècle. Or, il n'y a pas plus pragmatique qu'un marchand. Ce pragmatisme néerlandais trouve d'ailleurs sa source dans notre histoire, qui est caractérisée par une lutte constante contre la mer, l'ennemi naturel des Néerlandais depuis le Moyen âge. Les Pays-Bas ont une superficie à peu près comparable à celle de l'Île de Vancouver, et, aujourd'hui, la moitié du territoire de notre pays se situe au niveau de la mer.

Pour protéger notre pays, nous avons érigé un réseau de digues. Il y a des siècles, tous les Néerlandais, depuis les aristocrates jusqu'aux agriculteurs, ont uni leurs efforts pour empêcher la mer d'engloutir leur pays. C'est de là que vient notre pragmatisme. Il est impossible d'enrayer complètement le problème de l'eau. Mieux vaut alors s'en rendre maître en aménageant des canaux. »⁵⁸

Au delà du pragmatisme, d'autres facteurs sont cependant à l'œuvre. Une publication gouvernementale laisse entendre que la nature de la société néerlandaise constitue la raison d'être de son approche :

[Traduction] « Pour apprécier l'approche néerlandaise du problème des drogues, il faut connaître certaines caractéristiques de la société de ce pays. Les Pays-Bas constituent un des pays urbanisés les plus densément peuplés du monde. Leur population de 15,5 millions d'habitants occupe une superficie de 41 526 km² tout au plus. Les Pays-Bas ont toujours été un pays de transit: Rotterdam est le plus important port de mer du monde et le pays possède un secteur de transport très développé. Les Néerlandais croient fermement à la liberté individuelle et ils attendent de l'État qu'il fasse preuve de réserve dans les questions religieuses ou morales. Le débat libre et ouvert sur de telles questions est l'une des caractéristiques de la société néerlandaise. On attache une grande valeur au bien-être de toute la société, comme en témoignent l'important système de sécurité sociale et l'accessibilité pour tous des soins de santé et de l'enseignement. » ⁵⁹

Il en découle que par tradition les Néerlandais n'ont pas l'habitude de réagir aux problèmes sociaux en se servant du droit criminel.⁶⁰ De surcroît, c'est un pays de consensus, où la concertation entre les instances locales, régionales et nationale, ainsi qu'entre les divers secteurs de l'administration publique, a une longue tradition.

Quelles qu'en soient les raisons, l'expérience néerlandaise a fait couler beaucoup d'encre, étonnamment beaucoup plus que l'approche espagnole qui est, à maints égards, encore plus libérale. Appelés à la défendre autant en Europe que dans d'autres forums internationaux, les Néerlandais l'ont souvent présentée comme une position de compromis entre celle des «éperviers» de la lutte contre la drogue et celle des

⁵⁹ «Drug Policy in the Netherlands», Gouvernement des Pays-Bas, Disponible sur Internet: http://www.netherlands-embassy.org/c hltdru.html

⁵⁸ M. Tim Boekhout van Solinge, témoignage devant le Comité spécial du Sénat sur les drogues illicites, Sénat du Canada, première session de la trente-septième législature, 19 novembre 2001, fascicule 11, pages 53-54.

⁶⁰ Boekhout van Solinge, T., (1998) «La Politique de drogue aux Pays-Bas: un essai de changement », Déviance et Société Vol. 22, pages 69 à 71.

« colombes » de la légalisation.⁶¹ Il est peu probable qu'il s'agisse là du résultat de facteurs culturels particuliers et que l'expérience néerlandaise ne puisse s'appliquer à d'autres pays. Au contraire, elle semble être plutôt la solution rationnelle apportée par les politiciens à un problème, et on ne peut affirmer qu'il s'agit là d'une caractéristique exclusivement néerlandaise.

Des rapports d'experts fondateurs

Contrairement à la plupart des autres pays où ont été produits, au courant des années 70, des rapports de commissions d'enquête, les Pays-Bas ont été les seuls à mettre en œuvre les recommandations de leur commission.

La Commission Hulsman (1968-1971)

En 1968, la Fédération nationale des organismes de santé mentale⁶² a créé une commission dont le mandat général consistait à «clarifier les facteurs associés à l'usage de drogues et à présenter des propositions pour une politique rationnelle ».⁶³ Présidée par le professeur de droit criminel Louk Hulsman, la Commission était composée de représentants des services policiers et juridiques, de spécialistes du traitement des alcooliques, de psychiatres, d'un chercheur sur l'usage des drogues et d'un sociologue.

Le rapport final de la Commission, présenté en 1971, présentait une analyse de la consommation de drogues et des mécanismes sociaux sous-jacents aux problèmes liés aux drogues. De nouvelles approches ont été suggérées, notamment :

- Supprimer immédiatement du droit criminel l'usage et la possession de petites quantités de cannabis. La production et la distribution devaient alors rester dans le droit criminel, mais comme infractions mineures;
- L'usage et la possession d'autres drogues devraient demeurer temporairement dans le droit criminel, comme infractions mineures, mais à long terme il faudrait les décriminaliser; et
- Les personnes ayant des problèmes liés à la consommation de drogue devraient avoir accès à des centres de traitement adéquats.

⁶¹ Kaplan, C.D., et coll., « Is Dutch Drug Policy an Example to the World? », in Leuw et Marshall (dir.), op.cit.

⁶² Aux Pays-Bas, la santé mentale relevait à la fois d'organismes publics et privés organisés en fonction de groupes politiques et de confessions religieuses. La Fédération nationale des organismes de santé mentale était un organisme de coordination.

⁶³ Louk Hulsman, Ruimte in het drugbeleid, Boom Meppel, 1971, page 5, mentionné dans Peter Cohen, « The case of the two Dutch drug policy commissions: An exercise in harm reduction 1968-1976 » (1994, révisé en 1996), Article présenté à la 5^e Conférence internationale sur la réduction des méfaits liés aux drogues, 7-11 mars 1994, Fondation de la recherche sur la toxicomanie, Toronto, Disponible en ligne: www.cedro-uva.org/lib/cohen.case.html.

En recommandant la décriminalisation graduelle de toutes les drogues, les auteurs du rapport observaient qu'il est possible d'utiliser les drogues illicites de manière limitée et contrôlée et que la marginalisation des sous-cultures de toxicomanes a des répercussions négatives considérables. Plus précisément, en fréquentant le «milieu de la drogue », un usager de cannabis peut se familiariser avec d'autres drogues et d'autres méthodes de consommation. Bien que la Commission n'ait pas trouvé de preuve de la théorie de l'escalade de l'usage de drogue – qu'on désigne comme «porte d'entrée » dans d'autres contextes – elle admet qu'un type de toxicomanes (p. ex. les utilisateurs d'héroïne) puisse contaminer un autre type de toxicomanes (p. ex. les utilisateurs de cannabis) lorsque les deux types d'usagers se trouvent refoulés dans une sous-culture marginale.

La Commission concluait qu'une fois commencée, la répression policière ne pourrait que s'intensifier constamment pour suivre le rythme d'augmentation de l'usage des drogues. La Commission considérait que la lutte contre l'usage de drogues au moyen du droit criminel laissait à désirer, en plus d'être « extrêmement dangereuse » :

« À maintes reprises, le droit criminel a prouvé que les moyens ne correspondent plus aux fins, et les tenants de la répression demanderont une augmentation des mesures de répression, jusqu'à ce qu'elles soient amplifiées de cent fois par rapport à la situation actuelle [...] Cela accentuera la polarisation entre les différentes parties de la société et peut engendrer une violence accrue. »

Même s'il n'a pas eu d'impact immédiat, le rapport Hulsman a néanmoins influencé le rapport gouvernemental de la commission Baan.

La Commission Baan (1968-1972)⁶⁵

Une commission d'État a été constituée 1968 par le sous-secrétaire à la Santé. Cette commission réunissait certains membres de la Commission Hulsman, des représentants du ministère de la Justice, le chef de la police d'Amsterdam, ainsi que des psychiatres et des sociologues. En 1970, Pieter Baan, l'inspecteur chef de la santé mentale, a assumé la présidence de la Commission, dont le rapport final a été présenté en 1972.

Ce rapport proposait de diviser les drogues selon le risque – acceptable ou inacceptable – qu'elles présentent. Reconnaissant qu'un consensus plus général entre les spécialistes sur la classification des drogues aurait exigé davantage de recherche, le rapport concluait néanmoins que les produits du cannabis étaient relativement bénins et leurs risques pour la santé limités. Même pour les drogues présentant des risques inacceptables, le rapport concluait que le recours au droit criminel n'était pas l'approche qui convient. La Commission proposait, à long terme, la décriminalisation complète, une fois qu'aurait été mis au point un système de traitement efficace. Entre temps, le

65 Working Party, Ministère de la Justice, La Haye, 1972.

⁶⁴ Dans Cohen, «The case of the two Dutch drug policy commissions »; op. cit., page 3.

système judiciaire devrait servir uniquement d'outil pour amener les toxicomanes endurcis à suivre un traitement.

Parmi les autres conclusions de la Commission Baan, on note :

- Les caractéristiques particulières à la culture des jeunes constituent des déterminants importants de la consommation de drogues et si un comportement soi-disant déviant est stigmatisé par des mesures répressives, la probabilité de l'intensification de œ comportement constitue un danger grave. Ce sera le début d'une spirale qui rendra de plus en plus difficile le retour de l'individu à un style de vie accepté socialement;
- Chez les jeunes, la consommation de drogue est souvent une expérience de courte durée ;
- La consommation de cannabis ne mène pas à l'usage d'autres drogues, mais comme le signalait le rapport Hulsman, la criminalisation du cannabis favorise le contact entre les usagers du cannabis et les consommateurs de drogues dures ;
- Les usagers de drogues profitent davantage de l'information et de la prévention que de la répression ;
- Le comportement parfois inhabituel des jeunes consommateurs de cannabis découle davantage des normes et des idéologies d'une sous-culture particulière que de la pharmacologie de la substance ; et
- L'usage de cannabis lorsqu'on conduit ou qu'on fait fonctionner des machines dans une usine n'est pas un comportement responsable; il faudrait restreindre la consommation de cannabis aux heures de loisirs afin de limiter les risques pour l'individu ou la société.

Le rapport Baan est aux fondements de ce qui allait devenir le système de tolérance envers le cannabis aux Pays-Bas, dans une préoccupation de santé publique et de séparation des marchés des drogues.

Le rapport Engelsman (1985)⁶⁶

Constatant les limites d'une politique de santé publique essentiellement centrée sur les jeunes (principaux usagers du cannabis) et l'évolution de la consommation d'héroïne, de même que la dégradation de la condition des usagers, le rapport Engelsman va proposer d'étendre aux autres drogues l'approche de tolérance de la Commission Baan. Il va aussi plus loin que le rapport Baan quant à la nécessité de privilégier l'expérience et la parole des usagers dans la définition des politiques, proposant notamment d'exclure les non-usagers du cercle des experts. Pour Engelsman, les usages et les produits ne sont plus les seuls en cause pour expliquer les problèmes des drogues – dures dans ce cas-ci – mais le sont aussi les effets pervers des

⁶⁶ Groupe de travail interministériel sur les drogues et l'alcool, (1985) La Haye : Ministère de la Justice.

interventions répressives (soins et police) sur les usagers. Les propositions de politique publique doivent donc éviter de donner suite aux réactions de panique de la société, et viser à intégrer les usagers et normaliser leur usage. L'État doit ici arbitrer entre les usagers et les non-usagers en privilégiant la protection des usagers. Le rapport Engelsman, jugé trop radical dans certains milieux, n'a pas eu de suite.

Rapport « Continuité et Changement » - 199567

En 1995, le gouvernement néerlandais a publié un rapport intitulé *Politique en matière de drogue aux Pays-Bas : Continuité et Changement.* Ce document a été parrainé par le ministre de la Justice, le ministre de la Santé, du Bien-être et du Sport et le secrétaire d'État à l'Intérieur. Ce rapport était dans une certaine mesure la réponse néerlandaise aux pressions internationales (provenant des pays limitrophes ainsi que des États-Unis) ainsi qu'une occasion de préciser dans certains cas et de resserrer dans d'autres cas les règles de tolérance envers le cannabis.

Le rapport rappelle que les Pays-Bas ont toujours adopté une approche pragmatique concernant l'usage de drogue, et que les politiques de prohibition suivies un peu partout dans le monde ont surtout servi à démontrer leurs limites. Dans ce contexte, l'objectif modeste des Pays-Bas est de limiter les problèmes de santé et de société que pose l'usage de drogues dangereuses. C'est cette politique de réduction des méfaits qui a amené le gouvernement néerlandais à distinguer entre les « drogues dures » qui présentent un risque inacceptable pour la santé et les «drogues douces » comme les produits du cannabis, qui ne suscitent pas les mêmes inquiétudes, bien qu'ils soient toujours jugés «à risque ». En ce qui concerne le cannabis, l'hypothèse sousjacente, toujours valable depuis le rapport de la Commission Baan est que la transition aux drogues dures est davantage attribuable à des facteurs sociaux qu'à des facteurs physiologiques. La séparation des marchés pour permettre aux gens d'acheter des drogues douces dans un milieu où ils ne seront pas exposés à la sous-culture criminelle entourant les drogues dures, permet de créer une sorte de « barrière sociale » qui réduit l'usage de drogues plus dangereuses.

Le rapport examine les effets de la politique néerlandaise en matière de drogues, du traitement de la toxicomanie aux Pays-Bas et des mesures d'application de la Loi sur l'opium et souligne notamment que :

• La décriminalisation de la possession de drogues douces pour usage personnel et la tolérance à l'égard des ventes dans des circonstances contrôlées n'ont pas suscité d'augmentation inquiétante de la consommation chez les jeunes. L'ampleur et la nature de la consommation de drogues douces ne diffèrent pas du profil des autres pays de l'Ouest. Pour ce qui est des drogues dures, le nombre de toxicomanes est faible si on le compare au reste de

⁶⁷ Ministère des Affaires étrangères (1995) *Continuité et changement.* Le rapport est Disponible sur Internet : www.drugtext.org/reports/wvc/drugnota/0/drugall.htm.

l'Europe et beaucoup plus bas que celui de la France, du Royaume-Uni, de l'Italie, de l'Espagne et de la Suisse;

- Le nombre de consommateurs d'héroïne de moins de 21 ans a continué de baisser aux Pays-Bas;
- La consommation de formes moins chères de cocaïne (c.-à-d. le crack) n'a pas fait de percées importantes en Hollande, comme on l'avait craint en raison de la situation aux États-Unis;
- Le ton du débat public diffère de celui des autres pays parce que l'usage de la drogue n'est plus considéré comme une menace grave à la santé mais plutôt comme une source de nuisances. Les politiques centrées sur la toxicomanie et le traitement ont conduit à une diminution des infections au VIH, et les niveaux continuent de baisser. De même, le taux de mortalité chez les toxicomanes est faible et n'augmente pas, contrairement à ce qui se produit dans les autres pays européens ;
- En ce qui concerne le débat sur la légalisation, le rapport conclut que les inconvénients d'un monopole d'État ou d'un système de permis l'emporteraient sur les avantages pratiques. Le rôle des organisations criminelles serait réduit, mais un système de ce genre imposerait un lourd fardeau sur le plan de la mise en oeuvre et de la surveillance et attirerait probablement davantage les «touristes de la drogue» et les désordres qu'ils causent parfois. De plus, le rapport laisse entendre que ce n'est pas une chose que les Pays-Bas pourraient entreprendre sans les autres pays. Les conventions internationales empêchent la légalisation pure et simple et il faudrait les renégocier ou les dénoncer. Donc, même si seules les drogues douces étaient légalisées aux Pays-Bas, mais pas dans le reste de l'Europe, les organisations criminelles néerlandaises qui exportent les drogues continueraient d'exister et de nécessiter d'importantes activités policières et judiciaires;
- Les préoccupations étrangères concernant la politique néerlandaise sur les cafés ne portent pas sur l'usage de cannabis dans les établissements, mais sur les touristes de la drogue qui emportent le cannabis dans leur propre pays, une chose particulièrement facile depuis l'abolition des contrôles frontaliers en vertu de l'Accord Schengen. Le rapport confirme le plan gouvernemental visant à réduire la limite d'achat de 30 à 5 grammes pour voir l'effet qu'aura cette mesure sur les exportations illégales 68;
- Étant donné le manque de données scientifiques suffisantes, le rapport appuie la recommandation de 1995 du Conseil de la santé néerlandais que soient entrepris des essais médicaux sur l'efficacité de la prescription d'héroïne aux toxicomanes.⁶⁹

⁶⁸ Comme on le mentionne dans la section sur la législation actuelle, cette limite réduite est maintenant en vigueur.

⁶⁹ Comme on le mentionne dans la section sur la législation actuelle, les essais ont commencé en 1998.

Le rapport fait également état de trois conséquences négatives qu'il faut corriger : les troubles causés par les usagers de drogues dures et douces ; la présence de plus en plus grande du crime organisé aux Pays-Bas ; et l'effet de la politique néerlandaise sur les autres pays.

- Les nuisances d'ordre criminel et général causées par les usagers de drogues dures néerlandais et étrangers ont parfois pour effet d'éroder l'appui du public à l'égard de la politique d'intégration sociale des toxicomanes. Quelques usagers de drogues dures commettent un grand nombre de délits contre les biens pour acheter leur drogue. Contrairement aux attentes, le fait que la méthadone soit plus facile à obtenir a peu amélioré la situation. Les crimes liés à la drogue et le comportement antisocial, tels que le fait de jeter les aiguilles usagées sur les places publiques, ont influé sur les niveaux de tolérance des résidants de certains quartiers défavorisés socialement dans les grandes villes néerlandaises. Les nuisances attribuables à la présence de cafés vendant de la drogue constituent également un problème dans certaines municipalités. 70
- La montée des organisations criminelles impliquées dans l'offre et la vente de drogues aux Pays-Bas constitue une autre complication qui a nécessité l'augmentation des mesures de droit criminel. La poursuite des trafiquants de drogues demeurera une priorité absolue pour la police et les autorités judiciaires néerlandaises.
- Bien que la «nature idéologique » de certaines critiques étrangères révèle un manque de compréhension de la politique néerlandaise et soit souvent fondée sur de prétendus risques pour la santé qui ne sont pas confirmés dans la littérature scientifique, certains problèmes des Pays-Bas ont des répercussions internationales. Les Néerlandais, par exemple, sont responsables de plus que leur part proportionnelle du trafic des drogues douces et les touristes de la drogue achètent régulièrement des drogues douces aux Pays-Bas avec l'intention de les emporter dans leur pays. Le rapport laisse entendre que pour lutter contre ces problèmes, il faudra poursuivre et augmenter les activités d'application de la loi qui visent avant tout le trafic.

On peut ainsi caractériser l'approche néerlandaise suivie depuis 1976 par trois grands principes:

• Réduction des méfaits: atténuation des risques et des dangers liés à l'usage de drogues plutôt que l'interdiction de toutes les drogues dont les éléments clés sont :

⁷⁰ À la suite du rapport, les mesures contenues dans le « projet de loi Damoclès » de 1999 (dont il estquestion dans le présent document) visaient à résoudre le problème en donnant aux municipalités plus de pouvoirs pour fermer les cafés qui sont une nuisance locale.

- La prévention et l'atténuation des risques sociaux et individuels découlant de l'usage de drogue ;
- Un rapport rationnel entre ces risques et les politiques ;
- Une différenciation des politiques selon les risques associés aux drogues;
- La priorité aux mesures de répression contre le trafic de drogues ; et
- L'inefficacité du droit criminel en ce qui concerne les aspects autres que le trafic du problème de la drogue.⁷¹
- Politique de «normalisation »: le contrôle social est exercé au moyen de la dépolarisation et de l'intégration du comportement déviant plutôt que par l'isolement et le retrait, typiques du modèle dissuasif. Selon ce paradigme, il faut considérer les problèmes de drogues comme des problèmes sociaux normaux plutôt que comme des problèmes inhabituels exigeant un traitement extraordinaire.
- La séparation des marchés: en classant les drogues selon les risques connus et en appliquant des politiques qui servent à isoler chaque marché, on croit que les usagers de drogues douces seront moins susceptibles d'entrer en contact avec les usagers de drogues dures. Selon cette théorie, les usagers de drogues douces seront moins susceptibles d'essayer les drogues dures.

La législation

C'est en 1919 que les Pays-Bas ont adopté la première loi sur l'opium sous l'influence des conventions internationales, dont celle de La Haye en 1912. Cette législation prohibe la fabrication, la vente, le traitement, le transport, la fourniture, l'importation, l'exportation et la détention de la cocaïne, de l'opium et de ses dérivés. La loi est modifiée en 1928 pour inclure les dérivés de la cocaïne et le cannabis dans la liste des substances contrôlées. Toutefois, seuls les faits d'importation, d'exportation et de transfert de ces substances sont prohibés. Les délits de possession et de fabrication du cannabis et de ses dérivés ne seront punissables qu'à compter de 1953.

La Loi sur l'opium – également connue sous le nom de Loi sur les narcotiques – constitue la principale loi sur les drogues des Pays-Bas. La Loi criminalise la possession, la culture, le trafic ainsi que l'importation et l'exportation de drogues. Les modifications de 1976 définissent deux catégories de drogues : les drogues de l'annexe I présentent un risque inacceptable pour la société néerlandaise et comprennent l'héroïne, la cocaïne, les amphétamines et le LSD et les drogues de l'annexe II

⁷¹ Grapendaal, M., Leuw, E., et H. Nelen, (1995) A World of Opportunities: Life-Style and Economic Behaviour of Heroin Addicts in Amsterdam, New York, S.U.N.Y. Press, mentionné dans Boekhout van Solinge, T., (1999) «Dutch Drug Policy in a European Context», Journal of Drug Issues Vol 29, No 3, 511, disponible sur Internet: www.cedro-uva.org/lib/boekhout.dutch.html.

comprennent les «produits du chanvre traditionnels » tels que la marijuana et le hachisch.

Les délits

La loi se caractérise par trois aspects :

- L'incrimination de la possession, du commerce, de la culture, du transport, de la fabrication, de l'importation et de l'exportation des stupéfiants, y compris du cannabis et de ses dérivés;
- Une distinction nette entre les fournisseurs et les consommateurs; la loi punit la possession pour usage, non l'usage proprement dit;
- Des sanctions appareillées selon les substances mises en cause.

La possession d'une des drogues désignées dans les deux annexes constitue un délit, mais la possession d'une petite quantité de drogue « douce » pour usage personnel est une infraction mineure. Habituellement, elle est tolérée par la police, en particulier dans le réseau de cafés réglementés dont il est question dans la section suivante. L'importation et l'exportation constituent les infractions les plus graves selon la *Loi*.

Les peines

La peine maximale pour l'importation ou l'exportation de drogues dures est une période de 12 ans de détention et une amende de 100 000 florins. Quiconque est trouvé en possession d'une quantité de drogue dure pour usage personnel est passible d'une peine de un an de détention et d'une amende de 10 000 florins. L'importation ou l'exportation de drogues douces peuvent entraîner une peine maximale de quatre ans de détention et une amende de 100 000 florins. Les récidivistes sont passibles d'une peine maximale de 16 ans de détention et d'une amende de un million de florins. De plus, les contrevenants peuvent être privés de l'argent ou des biens obtenus par leur méfait. Les Pays-Bas ont également des lignes directrices pour les peines que le procureur de la Reine est autorisé à demander ; elles sont basées sur le type et la quantité de drogue et le délit particulier. Les tableaux suivants résument les lignes directrices actuelles (1996). 73

^{72 100 000} florins néerlandais = environ 63 000 \$CAN

⁷³ Source: Staatscourant (1996) in Korf D.J. et H. Riper, (1999) «Windmills in their Minds? Drug Policy and Drug Research in the Netherlands », *Journal of Drug Issues* Vol 29, No 3, 451, au tableau 2.

SUBSTANCES DE L'ANNEXE I (« DROGUES DURES »)			
Délit	Peine à réclamer ⁷⁴		
Possession	< 0,5 g ou < 1 unité de consommation	Avis de la police (« Police Dismissal »)	
	0,5-5 g ou 1-10 unités de consommation	1 semaine - 2 mois	
Possession et indication de vente (« Dealer Indication »)	< 15 g ou < 30 unités de consommation	Jusqu'à 6 mois	
(cà-d. intention de vendre)	15-300 g ou 30-600 unités de consommation	6-18 mois	
	> 300 g ou > 600 unités de consommation	18 mois - 4 ans	
Commerce dans la rue	< 1 g	Jusqu'à 6 mois	
ou à domicile	1-3 g	6-18 mois	
	> 3 g	18 mois - 4 ans	
Commerce de niveau	< 1 kg	1-2 ans	
intermédiaire	> 1 kg	2+ ans	
Commerce de gros	> 5 kg	6-8 ans	
Importation et exportation	< 1 kg	Jusqu'à 3 ans	
	> 1 kg	3-12 ans	

ANNEXE II (« DROGUES DOUCES »)		
Délit	Quantité	Peine à réclamer ⁽⁷⁵⁾
Possession, préparation, transformation, vente, livraison,	Jusqu'à 5 g	Avis de la police (« Police Dismissal »)
approvisionnement, transport	5-30 g	Amende de 50-150 florins
et fabrication	30 g-1 kg	Amende de 5-10 florins par g
	1-5 kg ⁷⁶	Amende de 5 000- 10 000 florins et 2 semaines par kg

⁷⁴ En plus de l'emprisonnement, il y a parfois des amendes et la saisie de biens (sauf pour possession).

⁷⁵ En cas de récidive dans les cinq ans, la peine requise est augmentée du quart. Pour ce qui est des ventes à des «groupes vulnérables » (c.-à-d. mineurs, patients en psychiatrie), il y a aussi une amende minimale d'environ 475 \$CAN.

⁷⁶ Les quantités supérieures à 1 kg sont considérées comme dénotant le commerce de drogue.

ANNEXE II (« DROGUES DOUCES »)		
Délit	Quantité	Peine à réclamer ⁽⁷⁵⁾
	5-25 kg	Amende max. de 25 000 florins et 3-6 mois
	25-100 kg	Amende max. de 25 000 florins et 6-12 mois
	> 100 kg	Amende max. de 25 000 florins et 1-2 ans
Culture	Jusqu'à 5 plants	Avis de la police
	5-10 plants	50 florins par plant (récidiviste : 75 florins par plant)
	10-100 plants	25 florins par plant et/ou ½ journée par plant
	100-1 000 plants	Amende max. de 25 000 florins et 2-6 mois
	>1 000 plants	Amende max. de 25 000 florins et 6 mois – 2 ans
Importation et exportation	La Loi ne fait pas de distinction entre les quantités, mais en pratique l'accusation recommande une peine correspondant aux divisions de quantité pour possession.	Les peines pour possession sont parfois doublées à un maximum de 4 ans et une amende de 100 000 florins.

Le régime des coffee shops

Contrairement à plusieurs stéréotypes, la possession de cannabis n'est pas décriminalisée; elle constitue toujours, *stricto sensu*, une infraction pénale. Par contre, en vertu du principe d'opportunité des poursuites qui fait partie de la tradition de droit pénal aux Pays-Bas, la possession de petites quantités de cannabis pour usage personnel n'est pas incriminée. De même, la vente de cannabis est techniquement une infraction au sens de la *Loi sur l'opium*, mais les lignes directrices de mise en accusation prévoient que les poursuites seront intentées seulement dans certaines situations.

Sans légaliser la vente de cannabis et de ses dérivés, les municipalités peuvent permettre la création de *coffee shops* qui, sous certaines conditions, sont autorisés à vendre du cannabis. L'exploitant ou le propriétaire d'un café (sans permis d'alcool) évitera la mise en accusation s'il se conforme aux critères suivants :

- Ne pas vendre plus de 5 grammes à la fois à une même personne ;
- Ne pas vendre de drogues dures ;
- Ne pas faire de réclame pour les drogues;

- Ne pas occasionner de nuisance pour le voisinage du café;
- Ne pas vendre de drogues aux mineurs (moins de 18 ans) et ne pas accepter de mineurs dans l'établissement;
- La municipalité n'a pas ordonné la fermeture de l'établissement.

[Traduction] «L'idée de base derrière le système des coffee shops néerlandais est la réduction des méfaits. Dans cette perspective, si nous ne poursuivons pas l'usage et la vente de petites quantités dans certaines conditions, les usagers — principalement des jeunes qui expérimentent l'usage de drogues — ne sont pas criminalisés (ils n'ont pas de dossier judiciaire) et ils ne sont pas forcés de fréquenter des milieux criminels où les risques d'être amenés à consommer des drogues plus dangereuses comme l'héroïne sont beaucoup plus grands. » ^T

Il est courant pour les municipalités d'avoir une politique sur les cafés afin de prévenir ou combattre les nuisances parfois associées à ces établissements. À titre d'exemple, le soupçon de vente de drogues dures ou l'installation d'un café près d'une école ou dans un quartier résidentiel peut entraîner la fermeture. En avril 1999, la « loi Damoclès » a modifié la *Loi sur les narcotiques* en élargissant les pouvoirs municipaux à l'égard des cafés et en permettant aux maires de fermer les établissements de ce genre qui enfreignent les règlements locaux, même s'ils ne causent aucune nuisance. Par suite de l'application rigoureuse de la loi et de diverses mesures administratives et judiciaires, le nombre de cafés a diminué considérablement, passant de 1 200 en 1995, à 846 en novembre 1999. 78

On observe ainsi trois sortes de politiques sur les coffee shops:

- Tolérance sans condition quant au nombre de coffee shops, dont le nombre est décidé par les mécanismes du marché ; cette situation est la plus rare ;
- Tolérance conditionnelle, fixant un maximum de coffee shops;
- Tolérance zéro : aucun coffee shop; c'est le cas d'environ 50 % des villes.

Pour déterminer le nombre idéal de *coffee shops*, l'association des municipalités recommande de tenir compte de facteurs démographiques (nombre d'habitants, tranches d'âge) et d'urbanisation (rôle de la ville par rapport à la région; nombre de centres dans la ville), ainsi que des nuisances causées par l'usage de drogues douces.

« Ainsi, dans la plupart des municipalités, les coffee shops ne sont-ils acceptés que dans le centre-ville, à un nombre fixe maximum et suivant des critères de distance — distance des établissements entre eux et distance entre les coffee shops et certaines institutions comme les écoles ou les hôpitaux psychiatriques.

78 National Drug Monitor, «Fact Sheet: Cannabis Policy, Update 2000 », Institut Trimbos, 2000.

⁷⁷ Dr Robert Keizer, *The Netherland's Drug Policy*. Mémoire soumis au Comité spécial du Sénat sur les drogues illicites, 19 novembre 2001.

(...) Les difficultés rencontrées par certains maires face au juge administratif sont provenues de l'absence de plaintes ou de procès-verbaux considérée par certains magistrats comme une absence de preuves de nuisances concrètes (...). Une politique « bien motivée » est finalement une politique qui s'appuie sur une procédure de consultation des experts en toxicomanie et en santé publique, de la police et, dans certains cas, de la population elle-même (usagers inclus). C'est aussi une politique équilibrée dans le sens où elle prend en compte les intérêts non seulement des citoyens « moyens » irrités par les nuisances, mais ceux des consommateurs de drogues douces. » 79

Depuis la note sur les nuisances publiques de 1993 et le resserrement des conditions de délivrance des permis en 1999, les autorités municipales peuvent en fait délivrer des «permis de nuisance » qui servent ainsi à contrôler le nombre de coffee shops, sans par ailleurs contrevenir aux orientations fondamentales du système néerlandais.

Données sur l'usage

Malgré le «pragmatisme » néerlandais, il existe somme toute peu de données quantitatives fiables sur les tendances d'usage, sur une base historique. On ne peut donc affirmer que les tendances d'usage auraient augmenté significativement après l'introduction du système des coffee shops, mais ni non plus qu'elles auraient diminué. La création de l'Institut Trimbos et sa désignation comme point focal du réseau européen de l'OEDT sont en train de corriger cette situation.

Les tableaux suivants présentent quelques données issues des enquêtes les plus fiables.

USAGE DU CANNABIS AUX PAYS-BAS CHEZ LES PERSONNES ÂGÉES DE 12 ANS ET PLUS - 1997

En ont déjà utilisé	16 %
En ont utilisé au cours du dernier mois	2,5 %
En ont utilisé pour la première fois au cours de l'année écoulée	1 %
Âge moyen des usagers courants	28 ans

⁷⁹ Martineau et Gomart, op. cit., page 85, pour la citation et pour les informations qui précèdent aussi.

USAGE DU CANNABIS DANS LES QUATRE GRANDES VILLES ET DES PETITES VILLES, PERSONNES ÂGÉES DE 12 ANS ET PLUS - 1997

	Déjà utilisé	Usage récent
Amsterdam	37 %	8 %
Utrecht	27 %	4 %
La Haye	20 %	4 %
Rotterdam	19 %	3 %
Petites villesa)	11 %	

A) Définition: Villes comptant moins de 500 adresses au kilomètre carré.

USAGE DU CANNABIS CHEZ LES 16 ANS ET PLUS DANS TROIS ZONES URBAINES. ANNÉE DE L'ENQUÊTE – 1999

	Déjà utilisé ^{a)}	Usage récent ^{b)}
Utrecht	30 %	7 %
Rotterdam	19 % 6 %	
Parkstad Limbourg	13 %	5 %

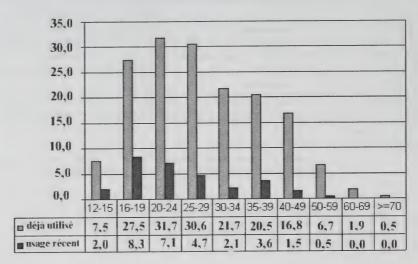
Pourcentage des usagers: 4) 16 à 70 ans, b) 16 à 55 ans. Usage récent: le mois précédent

CONSOMMATION DE CANNABIS AUX PAYS-BAS – USAGERS RÉCENTS DE 12 ANS ET PLUS - 1997

Jours d'utilisation au cours du mois précédent	Pourcentage chez les usagers récents ^a)
1-4	45 %
5-8	14 %
9-20	15 %
Plus de 20 jours	26 %

a) Le total des quatre groupes s'élève à 100 p. 100.

USAGERS DU CANNABIS AUX PAYS-BAS PAR GROUPE D'ÂGE. ANNÉE DE L'ENQUÊTE – 1997



OÙ LES JEUNES SE PROCURENT-ILS LEUR CANNABIS?

	1996	1999
Obtiennent le cannabis de leurs amis	41 %	47 %
Achètent le cannabis dans les cafés	41 %	32 %
Achètent le cannabis d'un vendeur	11 %	11 %
Reçoivent du cannabis des autres	5 %	8 %
Achètent le cannabis à l'école	3 %	1 %
Le cultivent eux-mêmes ^{a)}	-	2 %

Élèves âgés de douze ans et plus dans les écoles secondaires (usagers récents).

a) Évalué seulement en 1999.

USAGE RÉCENT DE CANNABIS DANS LES GROUPES SPÉCIAUX

Jeunes des groupes suivants:	Année de l'enquête	Âge	Usage récent
Écoles secondaires spécialisées	1997	12-18	14 %
Projets d'absentéisme	1997	12-18	35 %
Établissements judiciaires	1995	-	53 %
Établissements de soins pour les jeunes	1996	10-19	55 %
Jeunes itinérants	1999	15-22	76 %

Nous avons déjà vu au chapitre 6 que les données disponibles sur les Pays-Bas placent ce pays quelque part au milieu du peloton, derrière l'Australie, les États-Unis, le Royaume-Uni, l'Espagne et le Danemark, et loin devant la Suède ou la Finlande.

Quoiqu'il en soit, et malgré les annonces de désastre que certains analystes ont parfois pu lancer, l'expérience néerlandaise ne pose pas tant des problèmes reliés à l'usage dans sa population qu'elle n'a présenté des difficultés internes relatives aux nuisances occasionnées par les coffee shops pour les citadins et pays voisins, Allemagne, France et Belgique, en raison du narco-tourisme. Plus significatif encore, le système néerlandais tout en demi-mesures, est confronté au problème de l'approvisionnement des coffee shops en cannabis et produits dérivés qui demeure, lui, dans l'illégalité parfaite.

« La Hollande n'échappe pas plus que les autres pays aux critiques. D'un point de vue théorique, c'est le principe même d'une légalisation de facto qui est discutable. Elle favorise l'arbitraire et surtout laisse le champ libre au trafic. Autant la légalisation de l'usage a permis d'appréhender au mieux le phénomène, de le rendre visible pour mieux le traiter, autant celle du trafic empêche tout contrôle. (...) Sur le plan pratique, les critiques sont tout aussi fondamentales. La principale est que la politique hollandaise n'a pas réduit l'usage de drogues, dures ou douces. (...) La politique néerlandaise n'a pas non plus supprimé les risques liés à l'abus de drogues. (...) Mais on doit aussi reconnaître, et porter au crédit de la politique hollandaise que, si elle n'a pas vraiment fait mieux que les pays prohibitionnistes dans la lutte contre l'usage, elle n'a pas fait pire. » 80

Et le plus remarquable, somme toute, c'est la capacité des intervenants néerlandais eux-mêmes, comme en font foi leurs témoignages devant notre Comité, à reconnaître les faiblesses et les erreurs de leur approche, cherchant constamment des moyens de les corriger.

⁸⁰ Caballero et Bisiou (2000), op. cit., pages 770-772.

ROYAUME-UNI81

Stratégie décennale de lutte contre la toxicomanie

En 1998, au même moment où le gouvernement travailliste nouvellement élu annonçait un imposant programme de réduction de la criminalité, il adoptait, sur un modèle similaire, une stratégie décennale destinée à combattre l'usage abusif des drogues au RU.⁸² La stratégie comporte quatre objectifs :

- Aider les jeunes à résister à l'usage abusif de drogue, afin de leur permettre d'atteindre leur plein potentiel et, pour ce faire, réduire le nombre de jeunes de 25 ans et moins qui déclarent avoir utilisé des drogues illicites au cours du mois passé ou de l'année précédente. Le programme mise sur l'éducation dans les écoles et la prévention auprès des jeunes à risque.
- Réduire la récidive chez les contrevenants toxicomanes en leur donnant la possibilité de suivre un traitement approprié. Pour ce faire, diverses options de traitement ont été ajoutées aux étapes de l'arrestation, de la procédure de probation et de la comparution devant les tribunaux. De plus, de nouvelles ordonnances de traitement et de dépistage de la toxicomanie seront à la disposition de tous les tribunaux de l'Angleterre et du pays de Galles. Le juge pourra, avec le consentement du contrevenant, rendre une ordonnance obligeant celui-ci à suivre un traitement parallèlement à l'exécution de services communautaires, ou comme peine en soi. En outre, le programme connu sous le nom de Carats (Counselling, Assessment, Referral, Advice and Throughcare ou « counselling, évaluation, renvoi, conseils et soins complets ») est offert dans toutes les prisons de l'Angleterre et du pays de Galles, et d'autres programmes de réhabilitation en milieu carcéral sont prévus.
- Reconnaissant que le temps d'attente constitue un des principaux problèmes pour les personnes qui ont besoin d'un traitement et que l'offre de services de traitement est bien inférieure à la demande, le plan gouvernemental prévoit la création d'un organisme national (National Treatment Agency) qui sera chargé de fournir les traitements et de veiller à la prestation de services de haute qualité. Les stratégies de réduction des méfaits seront aussi augmentées.
- Réduire l'accès aux drogues chez les jeunes de 5 à 16 ans, augmenter les saisies de drogues de catégorie A, neutraliser un plus grand nombre de trafiquants de catégorie A et augmenter les saisies de biens des trafiquants.

82 Tackling Drugs to Build a Better Britain.

⁸¹ Cette section s'inspire notamment du rapport d'étude préparé pour le Comité par la Bibliothèque du Parlement : Lafrenière G., (2001) *Politique nationale en matière de drogue : le Royaume-Uni.* Ottawa : Bibliothèque du Parlement, préparé pour le Comité spécial du Sénat sur les drogues illicites ; Disponible en ligne à www.parl.gc.ca/drogues-illicites.asp

Des objectifs ambitieux ont été fixés dans le premier rapport annuel du coordonnateur antidrogue, notamment :

- Réduire de moitié le nombre de jeunes qui consomment des drogues illicites (notamment l'héroïne et la cocaïne) ;
- Réduire de moitié les niveaux de récidive chez les contrevenants toxicomanes ;
- Doubler le nombre de toxicomanes en traitement ; et
- Réduire de moitié la disponibilité des drogues dans la rue (notamment l'héroïne et la cocaïne).

Bien que la stratégie décennale soit axée sur les drogues les plus nocives (héroïne et cocaïne), plus de 100 000 personnes par année⁸³ se voient imposer des sanctions pour possession de cannabis, variant de l'amende, à l'avertissement et dans certains cas à la peine de prison.

Cadre législatif

La principale loi sur les drogues illicites au RU est la Misuse of Drugs Act 1971 (MDA) (qui est l'équivalent de la Loi réglementant certaines drogues et autres substances du Canada). La loi et ses règlements (Misuse of Drugs Regulations 1985) régissent l'usage des drogues énumérées (comprenant les médicaments et les drogues à usage non médical). Ils stipulent les circonstances dans lesquelles il est légal d'importer, de produire, d'offrir, de posséder dans le but d'offrir et d'avoir en sa possession des drogues désignées.

Dans l'annexe 2 de cette Loi, les drogues sont classées en catégorie A, B ou C, pour indiquer leur degré présumé de nocivité. Des peines maximales différentes sont prévues pour chaque catégorie et s'appliquent aux infractions concernant les drogues.

- La catégorie A est réservée aux drogues « les plus nocives » auxquelles s'appliquent les sanctions les plus sévères. Cette catégorie comprend entre autres, l'héroïne, la morphine, la méthadone, la cocaïne, l'opium, ainsi que les hallucinogènes tels que l'ecstasy et le LSD. Elle comprend également le cannabis liquide (huile de hachisch), le cannabinol et les dérivés de cannabinol, ainsi que toutes les drogues de catégorie B préparées pour injection.
- La catégorie B comprend le cannabis, la résine de cannabis, les opioïdes moins puissants (codéine), les stimulants synthétiques (amphétamines orales) et les sédatifs puissants (barbituriques).
- La catégorie C est réservée aux drogues qui sont considérées moins nocives telles que les tranquillisants, certains stimulants moins puissants et les analgésiques opioïdes légers.

^{83 «} Drug Laws: the debate nobody wants », The Guardian, le 14 mai 2001.

Le Home Secretary (secrétaire de l'Intérieur) peut changer la classification des drogues au moyen d'une législation déléguée, ce qui vient d'être fait pour le cannabis, déclassé à la catégorie C. Cette modification signifie que la possession de cannabis aux fins personnelles ne fera plus l'objet de poursuites pénales mais seulement d'un avertissement policier.

Les articles 3 à 6 décrivent les activités interdites en ce qui concerne les drogues. Ces activités incluent l'importation et l'exportation (les infractions et la procédure de mise en accusation sont décrites dans la *Customs and Excise Management Act 1979*), la production, l'offre, la possession et la possession avec intention d'offrir. La culture du cannabis constitue une infraction séparée, mais elle fait aussi partie de la production. En vertu de l'article 8, il est interdit à l'occupant de permettre sciemment l'utilisation de ses locaux pour la production, le stockage de n'importe quelle drogue désignée, la préparation d'opium pour fumer, ou pour fumer du cannabis, de la résine de cannabis ou de l'opium préparé. L'article 9 contient une série d'infractions liées à l'opium, notamment fumer ou utiliser l'opium autrement. L'article 9A interdit d'offrir tout article qui peut servir à l'administration illégale de drogues (les seringues hypodermiques sont exclues de cette interdiction pour les besoins des programmes d'échange de seringues). Les articles 18 à 21 décrivent d'autres infractions, traitant principalement de l'incitation à enfreindre la *MDA*.

Les sanctions et les peines sont décrites dans les articles 25 et 26. L'article 27 traite de confiscation (forfeiture).

- Pour les drogues de catégorie A, les peines maximales sont les suivantes : sept ans et/ou une amende illimitée pour possession; prison à vie et/ou amende illimitée pour production ou trafic et une peine obligatoire de sept ars en cas de troisième condamnation pour trafic. La peine obligatoire en cas d'une troisième condamnation pour trafic est prévue dans la *Criminal Sentences Act 1997*.
- Pour les drogues de catégorie B, les peines maximales sont : cinq ans et/ou amende illimitée pour possession; et quatorze ans et/ou une amende illimitée pour production ou trafic.
- Pour les drogues de catégorie C, les peines maximales sont : deux ans et/ou une amende illimitée pour possession; et cinq ans et/ou amende illimitée pour trafic.

De plus, les producteurs et les trafiquants sont susceptibles de voir leurs biens confisqués en vertu de la *Drug Trafficking Act 1994*. Tel que mentionné précédemment, la culture de cannabis peut donner lieu à des poursuites en vertu de l'article 4 (production) de la *MDA* plutôt qu'en vertu de l'article 6 (culture), distinction importante puisque la production est considérée comme un délit de trafic aux fins de la *Drug Trafficking Act 1994*. En 1997, 4168 personnes ont été accusées de délits de production dont 92 % touchaient la production de cannabis (25 % de ces contrevenants ont reçu un avertissement et 18 % de ceux qui ont été trouvés coupables

ont été condamnés à la détention immédiate). Parmi les délits de trafic au sens de la Drug Trafficking Act 1994, se trouvent la production, l'offre et la possession avec intention de vendre, ainsi que les délits d'importation en vertu de la Customs and Excise Management Act 1979.

Au RU, la plupart des infractions en matière de drogues se règlent par un jugement sommaire rendu par un magistrat ou un procès devant jury à la *Crown Court* (cour criminelle). Si le jugement est sommaire, la peine maximale ne peut excéder six mois et/ou une amende de $5000 \, f$, ou trois mois et/ou une amende pour les délits moins graves.

L'article 7 permet de faire des règlements pour exempter certaines activités des dispositions concernant les infractions, permettant ainsi l'utilisation des drogues pour la médecine et la recherche scientifique. La Misuse of Drugs Regulations 1985 divise les drogues en cinq annexes. Les règlements décrivent les catégories de personnes autorisées à manipuler les drogues désignées dans le cadre de leurs activités professionnelles et stipulent les conditions dans lesquelles certaines activités peuvent être poursuivies. Des règles plus sévères s'appliquent aux drogues de l'annexe 1 concernant l'importation, l'exportation, la production, l'offre, la possession, la préparation d'ordonnances et la tenue des registres; on observe un relâchement graduel des règles pour les autres annexes. Par exemple, les drogues les plus restreintes de l'annexe 1 (comme le LSD et le cannabis) peuvent être possédées ou fournies seulement pour la recherche ou une autre fin particulière et seulement à des personnes autorisées ; ces drogues ne sont pas disponibles pour les usages thérapeutiques normaux et ne peuvent être prescrites par les médecins n'ayant pas de permis à cet effet. Les drogues de l'annexe 2 – fournies sur ordonnance seulement – font l'objet de plusieurs contrôles relatifs aux ordonnances, à l'entreposage sécuritaire et au besoin de tenir des registres. Par ailleurs, les drogues de l'annexe 5 sont soumises à un minimum de contrôles administratifs et peuvent être importées, exportées et possédées pour usage personnel.

Le cannabis, les cannabinoïdes psychotropes et les produits dérivés sont classés dans l'annexe 1 comme n'ayant pas d'effet thérapeutique. En conséquence, ils ne peuvent être prescrits et possédés qu'à des fins de recherche par une personne autorisée. Le Nabilone (un cannabinoïde synthétique) peut être prescrit aux patients qui souffrent de nausées et de vomissements dus au traitement du cancer par la chimiothérapie et qui sont réfractaires aux autres médicaments. Le Dronabinol (un cannabinoïde) a été rayé de l'annexe 1 pour être inscrit à l'annexe 2 et on peut le prescrire. Cependant, il n'est toujours pas autorisé au RU et doit être prescrit à un « patient désigné nommément ».

L'article 10 permet d'établir des règlements sur la garde en lieu sûr, la documentation des transactions, la tenue des registres, l'emballage et l'étiquetage, le transport, les méthodes de destruction, les ordonnances, la transmission de renseignements sur les ordonnances à l'autorité centrale, les permis des médecins

autorisés à prescrire des drogues désignées aux patients toxicomanes et la déclaration par les médecins de leurs patients toxicomanes.

The Misuse of Drugs (Supply to Addicts) Regulations 1997 restreint à quelques médecins détenant un permis spécial l'autorisation de prescrire de l'héroïne, du dipipanone et de la cocaïne pour le traitement de la toxicomanie.

Autres lois pertinentes au domaine de la toxicomanie

La Medicines Act 1968 réglemente la production et la distribution de médicaments et autres produits médicaux au RU. Il faut habituellement obtenir une autorisation ou permis de marketing avant de distribuer un produit. (Cette loi équivaut à la Loi canadienne sur les aliments et drogues.) Cette loi traite des tests, de vente, d'offre, d'emballage, d'étiquetage, des ordonnances, de la délivrance de celles-ci par les pharmaciens et de vente des produits médicaux dans les magasins. Nombre de drogues désignées sont également des produits médicaux et doivent donc être conformes aux exigences de la MDA et de la Medicines Act 1968.

La MDA interdit l'importation ou l'exportation d'une drogue désignée, à moins que celle-ci soit exemptée par règlement ou qu'elle soit inscrite sous le permis approprié. Cependant, il s'agit en réalité d'infractions à la Customs and Excise Management Act 1979 qui, tout comme la MDA, interdit l'importation ou l'exportation non autorisée de drogues désignées. Les infractions à la Customs and Excise Management Act 1979 donnent habituellement lieu à des mises en accusation et des poursuites par H.M. Customs and Excise (douanes et accise de Sa Majesté) plutôt que par la police et les procureurs de la Couronne. En 1997, 1741 personnes ont été accusées de ces infractions dont 68 % mettaient en cause le cannabis (31 % des cas ont été réglés à l'amiable et 79 % de personnes déclarées coupables ont été condamnées à la détention immédiate).

La partie II de la *Criminal Justice (International Co-operation) Act 1990* contrôle la fabrication et l'offre de certains précurseurs chimiques pouvant servir à la fabrication de drogues illicites. La fabrication et l'offre contraires à la loi constituent un délit de trafic au sens de la *Drugs Trafficking Act 1994*. Il est possible de faire des règlements sur la déclaration des exportations, la tenue de registres et les renseignements fournis.

La *Drug Trafficking Act 1994* a été adoptée pour permettre au RU de respecter ses obligations en vertu de la Convention des Nations Unies contre le trafic illicite de stupéfiants et de substances psychotropes, 1998 (Convention de Vienne). Cette loi crée des infractions en rapport avec le blanchiment et le transport des recettes du trafic des stupéfiants et prévoit des mesures de confiscation. Le fardeau de la preuve incombe au contrevenant tenu de prouver que les biens ont été acquis légalement et applique la norme de preuve civile selon la prépondérance des probabilités. La *MDA* ne fait pas de distinction entre les délits de trafic et les autres infractions. Cette distinction existe plutôt dans la *Drug Trafficking Act 1994*; le fait qu'une infraction soit désignée comme un délit de trafic a pour conséquence principale l'application des dispositions relatives à la

confiscation. De plus, une troisième condamnation pour délit de trafic impliquant une drogue de catégorie A est passible d'une peine minimum de sept ans d'emprisonnement en vertu de la *Crime Sentences Act 1997*.

Débats au RU

Comme au Canada, le débat sur le cannabis au RU semble tourner autour de deux questions soit la décriminalisation ou légalisation du cannabis pour usage ludique, et l'usage médicinal du cannabis.

Même si le cannabis a été placé en Catégorie C, l'usage récréatif du cannabis est, en soi, toujours interdit au RU. Selon la MDA, il est illégal de cultiver, de produire, de posséder, ou d'offrir du cannabis à une autre personne. Il est également interdit de permettre que des locaux soient utilisés pour cultiver, préparer, fournir ou fumer du cannabis. Comme au Canada, on utilise beaucoup le pouvoir discrétionnaire pour appliquer la loi et, dans une proportion importante des cas de possession de petites quantités de cannabis, la police recourait déjà aux avertissements avant cette modification:

[Traduction] « Bon nombre de cas sont traités hors cour, au moyen d'avertissements ou d'arrangements à l'amiable et, en Écosse, de lettres de mise en garde et d'amendes fiscales. En Angleterre et au pays de Galles, l'augmentation la plus considérable des avertissements donnés par la police concerne les délits liés au cannabis : de 41 % en 1990 à 55 % en 1997. Cela signifie que le nombre de contrevenants ayant reçu un avertissement a pratiquement triplé, passant de 16 500 à 47 000. Les avertissements sont mentionnés dans le casier judiciaire d'un contrevenant. Pour le moment, il n'existe aucune disposition prévoyant l'expiration de ces dossiers dans la Rehabilitation of Offenders Act 1974. Le gouvernement a récemment publié un document de consultation proposant la correction de cette anomalie et l'expiration immédiate des avertissements. Cela s'appliquerait également aux réprimandes et aux mises en garde, qui doivent remplacer les avertissements pour les jeunes de moins de 18 ans en vertu de la Crime and Disorder Act 1998.

L'avertissement n'est pas utilisé par H.M. Customs and Excise ni en Écosse. Pour les délits d'importation et d'exportation, l'arrangement à l'amiable — une peine monétaire plutôt qu'une poursuite — est utilisé dans les cas impliquant une quantité de cannabis de 10 grammes ou moins. Bien que l'arrangement à l'amiable ne soit pas nécessairement inscrit au casier judiciaire du contrevenant, il est parfois mentionné dans des actions en justice subséquentes. Son utilisation pour les délits d'importation de cannabis a diminué de 58 % à 45 %, entre 1990 et 1997.

...Le recours au pouvoir discrétionnaire dans l'application de la MDA est souhaitable, mais il engendre des anomalies dans les différentes options d'avertissement et d'arrangement à l'amiable ainsi que des incohérences du taux d'avertissements d'un service de police à l'autre. Plus de la moitié des arrestations pour des délits liés au cannabis aboutissent à un avertissement. Nous ne critiquons pas la police pour son usage extensif de l'avertissement. C'est actuellement la seule réponse réaliste et proportionnelle. Sans lui, les tribunaux seraient engorgés. Mais l'usage du pouvoir discrétionnaire ne diminue en rien

l'attention disproportionnée que la loi et l'application de la loi donnent au cannabis et à la possession de cannabis en particulier. »⁸⁴

L'usage du cannabis à des fins médicinales a une longue histoire au RU, puisqu'il pouvait être prescrit jusqu'en 1973. Comme nous le verrons dans la section suivante, le Science and Technology Committee of the House of Lords recommande dans son rapport de 1998, de permettre l'usage du cannabis à des fins médicinales. Cette recommandation a été rejetée par le gouvernement et celui-ci a déclaré qu'avant d'envisager un tel changement, il faudrait démontrer l'innocuité et l'efficacité du cannabis. La société GW Pharmaceuticals Ltd a obtenu l'autorisation de cultiver du cannabis dans le but de fabriquer un médicament à base de cannabis et les essais cliniques ont débuté.

Études et rapports récents

Comité des sciences et de la technologie de la Chambre des Lords

En 1998, le Science and Technology Committee of the House of Lords a étudié la question de l'usage médicinal du cannabis et a déposé un rapport intitulé Cannabis: The Scientific and Medical Evidence. Le Comité a examiné les faits scientifiques et médicaux concernant l'utilisation médicinale du cannabis et la pertinence des restrictions actuelles et vérifié si l'interdiction de l'usage non médical du cannabis était justifiée en se fondant sur les preuves scientifiques de ses effets nocifs. Toutefois, son mandat ne comprenait pas les aspects sociaux et juridiques de l'utilisation du cannabis.

Le comité a étudié la longue histoire de l'usage du cannabis comme médicament et comme stupéfiant et constaté que «l'arrivée sur le marché de quantité de médicaments synthétiques nouveaux et meilleurs a mené à l'abandon de nombreux anciens remèdes à base de plantes, notamment du cannabis ».85 La Medicines Act 1968 permettait au gouvernement d'octroyer des permis aux compagnies pharmaceutiques et d'homologuer les produits et il était encore possible de prescrire le cannabis sous certaines conditions. En 1973, l'homologation du cannabis n'a pas été renouvelée et les règlements de la Misuse of Drugs Act 1971 interdisaient tout usage médical (en inscrivant le cannabis dans ce qui est devenu l'annexe 1).

Le rapport examine la pharmacologie du cannabis et les différentes voies d'administration, ses effets toxiques à court et à long terme, la tolérance et la possibilité de dépendance. Selon le comité, le cannabis «n'est pas au premier rang des substances dangereuses, mais les nouvelles recherches tendent à démontrer qu'il est probablement plus dangereux pour la santé qu'on le croyait il y a quelques années seulement». 86

⁸⁴ Police Fondation (2000) Report of the Independent Inquiry into the Misuse of Drugs Act 1971, «Drugs and the Law », chapitre 7, paragraphes 28, 29 et 31.

⁸⁵ House of Lords, Select Committee on Science and Technology, Ninth Report, Session 1997-98, Cannabis: The Scientific and Medical Evidence, par. 2.6.

⁸⁶ Ibid., par. 4.1.

Concernant l'utilisation médicale actuelle du cannabis au RU (passablement répandue, bien qu'elle soit illégale) et les usages médicaux des produits dérivés (certains produits dérivés sont utilisés légalement par la médecine au RU), le Comité a proposé de nouvelles indications pour les médicaments à base de cannabis (notamment le soulagement de symptômes associés à la sclérose en plaques). Le comité a déclaré qu'il « est important de distinguer les différentes substances et préparations; par exemple, il faut faire la distinction entre la feuille et l'extrait de cannabis, et entre le cannabis entier et le THC. Il importe également, bien que ce ne soit pas toujours facile, de distinguer les diverses voies d'administration possibles, par ex., la fumée ou la bouche. »⁸⁷

Se fondant sur la preuve que le cannabis peut soulager efficacement les symptômes de la sclérose en plaques et d'autres formes de douleur, le comité a recommandé que les essais cliniques sur le cannabis utilisé à ces fins «soient effectués en priorité ». Les membres du comité ont précisé que si un médicament est homologué (après les essais cliniques) le fumage de l'herbe ne devrait pas être le moyen privilégié d'administration. En conséquence, ils ont demandé de poursuivre les recherches sur d'autres voies d'administration. Le comité a recommandé que le cannabis soit classé de nouveau dans l'annexe 2, afin que les médecins soient autorisés à prescrire une préparation de cannabis appropriée, «bien que comme médicament non homologué et nommément désigné » ; cela permettrait également la recherche sans permis spécial.

La compassion constituait le principal motif de la recommandation relative à la modification de la loi (une loi selon laquelle les patients risquent d'être poursuivis en justice pour avoir cherché de l'aide). De plus, le rapport notait que la manière incohérente d'appliquer la loi a jeté le discrédit sur le Parlement et l'administration de la justice.

Selon le comité, un médicament à base de cannabis ne conviendrait pas à certains groupes de patients tels que les femmes enceintes, les personnes prédisposées à la schizophrénie ou souffrant de troubles cardiovasculaires. Il faudrait de plus avertir les usagers des effets secondaires possibles. Le risque d'accoutumance devrait également être envisagé au moment de prendre la décision de prescrire. En conséquence, è comité a recommandé que « si les médecins sont autorisés à prescrire le cannabis sous forme de produit non homologué, les organismes médicaux professionnels soient tenus de fournir des directives fermes sur la manière de le faire de façon responsable »⁸⁸ et que « les organismes de réglementation professionnelle mettent en place des mesures de garantie pour prévenir le détournement à des fins illégitimes ».⁸⁹

En ce qui concerne l'usage ludique du cannabis, le comité a souligné que, sans surévaluer les dangers, la preuve des effets toxiques du cannabis était suffisamment étoffée pour justifier le maintien de l'interdiction actuelle.

⁸⁷ *Ibid.*, par. 5.1.

⁸⁸ *Ibid.*, par. 8.16.

⁸⁹ *Ibid.*, par. 8.17

Le gouvernement a rejeté la recommandation de reclasser le cannabis. Il a déclaré qu'avant d'autoriser la prescription de cannabis, il faudrait démontrer son innocuité, sa qualité et son efficacité et détenir un permis de marketing délivré par la *Medicines Control Agency*. Le gouvernement a ajouté que le fait d'autoriser la prescription de cannabis réduirait le dynamisme de la recherche. Le gouvernement s'est également dit préoccupé par la possibilité d'utiliser le cannabis d'ordonnance à des fins illégitimes.

En mars 2001, le *Science and Technology Committee of the House of Lords* a présenté un autre rapport traitant de l'état actuel de la recherche sur les usages thérapeutiques du cannabis, les rôles du *Home Office* et de la *Medicines Control Agency* dans l'homologation des médicaments à base de cannabis et des questions plus récentes liées à la poursuite judiciaire des usagers du cannabis thérapeutique. Le comité a réaffirmé que le cannabis devait rester une drogue désignée et qu'il convenait de maintenir une distinction claire entre ses usages thérapeutique et non thérapeutique.

Le comité s'est aussi montré préoccupé par la longueur du délai d'élaboration de préparations thérapeutiques utilisables à partir de ces essais, trouvant plus encourageants les progrès accomplis à la G.W. Pharmaceuticals Ltd. quant à l'établissement de l'efficacité d'un médicament à base de cannabis et à l'élaboration de

préparations médicales appropriées (un vaporisateur sublingual, par ex.).

Le comité a également discuté de la poursuite des utilisateurs de cannabis à des fins thérapeutiques. Il a constaté que la décision de poursuivre varie d'une région à l'autre et que, dans certains cas, les jurys ont acquitté les utilisateurs thérapeutiques qui ne nient pas l'infraction mais plaident l'usage thérapeutique comme facteur atténuant, tandis que d'autres sont reconnus coupables. Le comité exprimait l'avis que l'acquittement des utilisateurs de cannabis pour des motifs de compassion jetait le discrédit sur la loi. Selon le comité, ce problème confirme la nécessité de légaliser les préparations de cannabis pour usage thérapeutique.

Le comité remarquait aussi des contradictions dans les décisions prises par la Medicines Control Agency. À titre d'exemple, l'agence est satisfaite de l'information selon laquelle le profil toxicologique du delta-9-tétrahydrocannabinol est approprié, mais elle n'est pas satisfaite des données toxicologiques sur le cannabidiol. Le comité était d'avis que la Medicines Control Agency n'a « pas adopté une approche positive envers l'homologation des médicaments à base de cannabis ». Le comité disait craindre que l'approche de la Medicines Control Agency ne place « les exigences relatives à l'innocuité et les besoins des patients dans un équilibre inacceptable » et que l'attitude de l'agence « montre que les médicaments à base de cannabis ne sont pas traités de manière aussi impartiale que les autres médicaments ».

[Traduction] « Nous croyons qu'une nouvelle évaluation complète et impartiale des documents scientifiques publiés sur l'innocuité du CBD et des extraits de cannabis amènera l'agence à revoir sa

position exagérément prudente. Nous sommes au moins encouragés par la déclaration de l'agence concernant la conduite d'un examen en profondeur des rapports sur le cannabis et le CBD. » 90

Rapport Runciman

En août 1997, la *Police Foundation* (Fondation de la police) a entrepris une enquête indépendante (présidée par la Vicomtesse Runciman), afin d'évaluer la législation du RU sur l'usage abusif des drogues. Le but principal était de déterminer s'il était nécessaire de réviser la législation afin de la rendre plus efficace et mieux adaptée aux changements survenus au cours des 30 dernières années, soit depuis l'entrée en vigueur de la loi originale.

Reconnaissant que le but d'une loi sur les drogues doit être d'en contrôler et limiter la demande et l'offre, le rapport souligne que l'éradication de l'utilisation des drogues illicites n'est pas un objectif réaliste. Il mentionne également que la loi doit permettre de remplir les obligations internationales du RU en matière de drogues illicites mais observe que les ententes internationales – tout en restreignant certaines options – laissent une marge de manœuvre, notamment dans les domaines de l'usage et de la possession de drogues. Examinant les différentes approches adoptées par d'autres pays européens quant à l'utilisation et la possession de drogues et aux délits d'offre mineurs le rapport démontre que, par comparaison, le régime juridique au RU est beaucoup plus sévère.

Selon le rapport, une loi sur les drogues devrait être fondée sur les principes suivants :

- La loi constitue seulement un des aspects d'un vaste programme de santé, de prévention et d'éducation pour réduire la demande ;
- La loi doit refléter les connaissances scientifiques les plus récentes ainsi que les attitudes sociales et culturelles de la société britannique moderne ;
- Sa mise en application doit être réaliste ;
- Elle doit restreindre la liberté personnelle seulement dans la mesure nécessaire pour limiter les dangers graves menaçant les usagers ou les autres ;
- Elle doit cibler les drogues les plus nocives ;
- Elle doit refléter la nocivité relative des activités liées à chaque drogue ou catégorie de drogues illicites et prévoir des peines proportionnées aux préjudices ; et
- Dans son application, la loi doit être acceptée du public comme équitable, logique, applicable, flexible et juste.

⁹⁰ House of Lords, Select Committee on Science and Technology, *Therapeutic Uses of Cannabis*, Second Report, 14 mars 2001, par. 29

⁹¹ Report of the Independent Inquiry into the Misuse of Drugs Act 1971, Drugs and the Law, Mars 2000, page 74

Le rapport constate l'augmentation constante de la consommation problématique de drogues (notamment les injections chez les toxicomanes) et de la consommation occasionnelle de drogues au cours des 30 dernières années, le cannabis étant la drogue illicite la plus utilisée. Malgré une augmentation tout aussi constante des délits enregistrés et des saisies effectuées (y compris les quantités saisies) au fil des ans, le rapport conclue à l'échec des efforts de réduction de l'offre. Il démontre que pour le public, les dangers pour la santé sont plus dissuasifs que l'illégalité, la disponibilité ou le prix des drogues. De plus, les attitudes du public envers le cannabis sont considérablement différentes de ses attitudes envers les autres drogues (aux yeux du public, le cannabis est la moins nocive des drogues, sa possession devrait être la dernière priorité de la police et beaucoup de gens - du tiers à la moitié - croient qu'il faudrait assouplir les lois).92 Tous les groupes d'âge partagent ces opinions, bien que l'appui à la légalisation ne soit pas aussi fort chez les groupes plus âgés. Quant aux autres drogues, les lois rigoureuses en cette matière sont entièrement appuyées malgré l'inquiétude que suscitent les risques pour la santé associés à la consommation. Le public se préoccupe beaucoup plus des délits de trafic que des délits de possession. L'enquête révèle aussi un manque de données sur la consommation de drogues et l'absence d'information détaillée sur les coûts de la consommation (coûts des soins de santé, des services de police et de justice, et d'autres services sociaux, par ex.). Par conséquent, il est difficile d'évaluer les stratégies de contrôle et de prévention en matière de drogues.

Le rapport recommande de conserver le système de classification actuel à trois paliers (catégories A, B et C), jugeant qu'elle permet aux autorités de distinguer les risques relatifs des différentes drogues et d'appliquer des sanctions proportionnées au préjudice causé par la drogue. Cependant, le rapport établit que les critères de classification des drogues ne sont pas clairement décrits. La classification devrait tenir compte du développement des connaissances médicales, scientifiques et sociologiques et le principal critère devrait être la dangerosité de la drogue pour l'individu et la société. Le rapport propose de considérer les facteurs suivants : les risques de la drogue ellemême (toxicité aiguë et chronique) ; les risques associés à la voie de consommation ; les effets de la drogue sur le comportement (toxicomanie/dépendance) et la facilité d'arrêter la consommation ; et les risques sociaux (crimes, coûts médicaux, préjudice social causé par l'intoxication, etc.). Sur la base de ces facteurs, le rapport recommande certains changements aux catégories de drogues pour contrebalancer ce que les membres croient être un message dangereux, c'est-à-dire que toutes les drogues sont également dangereuses. Les membres du comité considèrent que ces changements amélioreraient la crédibilité de la loi et qu'il faudrait recentrer l'éducation et l'attention sur les drogues plus nocives telles que l'héroïne et la cocaïne. Le rapport recommande donc les changements suivants :

⁹² Ibid., Chapitre 2, par. 64.

- Reclasser le cannabis de la catégorie B à la catégorie C et les cannabinols de la catégorie A à la catégorie C ;
- Laisser l'héroïne et la cocaïne dans la catégorie À (la catégorie des drogues les plus dangereuses) et transférer l'ecstasy et le LSD dans la catégorie B; et
- Transférer la buprémorphine de la catégorie C à la catégorie B.

Il est intéressant de noter que les membres du Comité auraient classé l'alcool comme drogue de catégorie B à la limite de la catégorie A et le tabac à la limite des catégories B et C, si ces substances avaient été désignées en vertu de la MDA.

Le rapport établit qu'il faudrait maintenir les délits de possession, même pour la consommation personnelle, mais que la loi devrait minimiser les conséquences préjudiciables selon les délits. Le rapport conclut que pour la plupart des délits de possession, l'emprisonnement n'est ni proportionné ni efficace. Il recommande de supprimer l'emprisonnement pour possession de drogues des catégories B et C. L'incarcération reste une possibilité pour la possession de drogues de catégorie A, mais les durées maximales seraient inférieures à celles qui sont prévues actuellement. Une telle modification refléterait d'ailleurs ce que les tribunaux font présentement; la peine movenne pour possession étant passablement plus courte que le maximum prévu. De plus, le rapport recommande de diminuer les amendes maximales pour toutes les catégories de drogues. Selon le rapport, l'incarcération pour possession devrait être rare. Les peines en milieu ouvert incluraient les amendes, les ordonnances de probation, les ordonnances de probation avec obligation de traitement et les libérations conditionnelles. Ces sanctions conviendraient mieux à la possession des drogues de catégorie B et C où un avertissement n'est pas approprié. Comme nous l'avons noté plus haut, le rapport indique que dans plus de la moitié des cas, la police donne déjà un avertissement. Pour mieux encadrer le pouvoir discrétionnaire, il faudrait inclure l'avertissement dans les sanctions prévues par la loi et décrire les directives le concernant dans les règlements. Cela permettrait d'exiger que les conditions rattachées à l'avertissement soient remplies. Enfin, le rapport recommande que l'avertissement ne soit pas inscrit au casier judiciaire. Si on donne suite à la recommandation concernant le transfert du cannabis dans la catégorie C, il y aura certaines conséquences, dont le fait que la police ne soit plus autorisée à arrêter un individu pour possession de cannabis. Pour les infractions passibles d'arrestation, la police possède le pouvoir d'insister pour que les suspects l'accompagnent au poste de police et de fouiller leurs locaux sans mandat. La police conserverait cependant le pouvoir de faire des arrestations et de chercher toutes les drogues.

En ce qui concerne le trafic, le rapport suggère de distinguer les délits selon leur gravité (par exemple, l'offre entre amis et l'offre faite par un membre d'un groupe criminel organisé; l'offre de drogues de catégorie A et celle d'autres drogues). Le rapport recommande une infraction séparée pour le commerce, dont l'élément principal serait le modèle d'activité des transactions illégales de drogues. L'infraction

constituerait un délit de trafic aux fins de la *Drugs Trafficking Act 1994*. Le rapport recommande que la peine maximale pour trafic de drogues de catégorie A soit réduite à 20 ans et que le maximum pour les drogues de catégorie C (y compris le cannabis) soit augmenté à sept ans. Le rapport recommande également l'approbation de lignes directrices sur la détermination de la peine, notamment pour les délits de trafic. Celles-ci détermineraient les circonstances aggravantes, notamment l'implication dans le crime organisé, le recours à la violence ou l'usage d'armes à feu, l'implication de mineurs, le lieu de l'infraction, etc. De plus, le rapport mentionne l'inefficacité des lois traitant de la confiscation des biens (selon les auteurs, il s'agit d'un problème pragmatique plutôt que législatif). Le rapport recommande d'améliorer l'efficacité du système actuel en créant un nouvel organisme national de confiscation et en faisant plusieurs autres changements.

Pour mettre en œuvre ces recommandations, il ne serait pas nécessaire de modifier radicalement la législation sur les drogues, sauf en matière de cannabis. En conséquence, les changements les plus importants s'appliquent à cette drogue. Les membres de la commission soulignent que le cannabis est moins nocif pour l'individu et la société que les autres drogues illicites (bien qu'il ne soit pas inoffensif) et que la loi actuelle cause plus de tort qu'elle n'en prévient et qu'elle est disproportionnée par rapport au préjudice causé par la drogue. Le rapport recommande donc de réduire les peines pour possession de cannabis pour usage personnel et notamment d'éliminer les peines d'emprisonnement. Les poursuites pour culture de petites quantités de cannabis devraient être intentées en vertu de l'article 6 (culture du cannabis) plutôt que l'article 4 (production), de sorte que l'infraction ne serait pas considérée comme un délit de trafic. Il faudrait traiter le délit de culture de la même manière qu'un délit de possession de cannabis. De plus, fumer du cannabis dans des lieux privés ne constituerait plus un délit. Selon le rapport, les avantages d'une telle stratégie l'emportent sur les risques et cela permettrait de cibler l'application de la loi sur les drogues et les activités les plus préjudiciables.

En ce qui concerne la réduction de la demande le rapport conclut que la loi pénale a peu d'effets mais que les mesures d'éducation et de traitement peuvent être plus efficaces. Les membres de la commission recommandent donc une approche moins punitive pour les délits de possession mais plus punitive pour les délits de trafic (notamment en ce qui concerne les profits réalisés illicitement). La toxicomanie étant d'abord un problème de santé individuelle et publique avant d'être un problème de criminalité, le rapport recommande de réaffecter une partie importante des ressources d'application de loi (actuellement 62 % des dépenses) au traitement (actuellement 13 %).

Sur l'utilisation médicale du cannabis, le rapport conclut que les avantages thérapeutiques du cannabis pour certaines maladies graves l'emportent sur les dommages potentiels. Les auteurs partagent l'opinion exprimée dans le rapport de la Chambre des Lords recommandant que le cannabis et la résine de cannabis soient transférés à l'annexe 2 (autorisant ainsi la possession et l'offre à des fins médicales).

Comme le gouvernement a rejeté la recommandation de la Chambre des Lords et qu'il faudra des années avant qu'un produit à base de cannabis soit homologué et disponible, les auteurs du rapport recommandent un nouvel élément de défense en droit : la contrainte de circonstances pour des raisons médicales, pour les personnes accusées de posséder, de cultiver ou d'offrir du cannabis dans le but de soulager les symptômes de certaines maladies.

Dans sa réponse au rapport, le gouvernement a rejeté les recommandations ou proposé de les étudier plus tard. Il n'a pas accueilli favorablement les recommandations sur la question clé de la reclassification du cannabis – se disant préoccupé par les risques pour la santé associés à sa consommation – ni sur sa dépénalisation – refusant de supprimer la peine d'emprisonnement de la liste des sanctions possibles. La réponse du gouvernement s'opposait aussi à l'abolition du pouvoir d'arrestation des policiers concernant ces infractions. Concernant l'usage médical du cannabis, le gouvernement réaffirmait qu'il faut démontrer la qualité, l'efficacité et l'innocuité d'une forme médicinale de la drogue avant d'en autoriser la prescription.

On sait que, depuis lors, le gouvernement a effectivement reclassifié le cannabis et aboli les peines d'emprisonnement pour possession pour usage personnel.

Autres rapports

Un groupe de travail du Royal College of Psychiatrists et du Royal College of Physicians a également publié un rapport en 2000. Intitulé Drugs: Dilemmas and Choices, le rapport examine certaines questions clés concernant la prévention de la toxicomanie. Ce rapport observe notamment :

[Traduction] « Dépenses pour la prévention: Les trois quarts des dépenses du RU sont consacrés à l'application de la loi et à la réduction de l'offre internationale. Rien ne prouve que cet argent est bien dépensé. Mais la rentabilité établie des traitements d'entretien à la méthadone et des programmes fondés sur l'abstinence pour les héroïnomanes indique qu'il faudrait consacrer une plus grande partie du budget disponible aux programmes de traitement. Les fonds additionnels pour le traitement annoncés par le gouvernement sont les bienvenus, mais il faut résister aux demandes d'expansion pour les traitements n'ayant pas été mis à l'épreuve ou testés.

Recherche: Au RU, les dépenses actuelles en recherche sur les drogues sont loin de correspondre à l'ampleur du problème. Seulement 1% du budget annuel de prévention de la toxicomanie injecterait 14 Mf, dans la recherche – soit plus du double du montant dépensé présentement.

Amélioration de la valeur du traitement: Il faut investir systématiquement dans la formation du personnel, la surveillance des patients, et les services de soutien essentiels pour que les taux d'amélioration des programmes de traitement du RU atteignent un niveau comparable à ceux des États-Unis. Il faut notamment augmenter le nombre des centres de traitement pour adolescents toxicomanes.

Prescription privée : La prescription privée de drogues de remplacement laisse place à la négligence professionnelle qui s'apparente à l'« achat d'une ordonnance ». Actuellement, les médecins qui traitent les toxicomanes sans être affiliés à un service de santé ne sont pas tenus d'avoir une formation spécialisée en toxicomanie et sont peu surveillés ou peu soumis à des règlements.

Dépistage de la toxicomanie par les employeurs: Bien qu'elle soit coûteuse et entourée de problèmes juridiques et déontologiques, il existe une technologie pour dépister la toxicomanie chez les employés à

l'aide d'échantillons de cheveux. Elle fournit un dossier sur la consommation de drogues au cours des trois mois précédents le test et, par conséquent, elle pourrait avoir une incidence considérable sur la fréquence de la consommation de drogue dans l'avenir.

Ecstasy: Beaucoup de jeunes consomment de l'ecstasy et certaines campagnes d'éducation en matière de toxicomanie se sont révélées improductives. En conseillant les jeunes, il faut tenir compte de l'impact éventuel sur ceux qui continueront de consommer des drogues et sur ceux qui seront dissuadés.

Amphétamines: La dépendance aux amphétamines, notamment sous forme injectable, comporte probablement plus de risques pour la santé individuelle et publique que la dépendance à l'héroïne. Il y a peu de recherche sur la dépendance et le traitement.

Cannabis: Le cannabis n'est pas une drogue inoffensive, mais ses effets indésirables sur la santé sont presque certainement moindres que ceux du tabac et de l'alcool, qui sont des produits légaux. Il faut poursuivre les recherches sur les avantages thérapeutiques et les effets indésirables à long terme de cette drogue. Il faudrait encourager les expériences législatives, comme aux Pays-Bas. Les gens qui demandent du cannabis pour soulager les symptômes d'une maladie, comme la sclérose en plaques, ne devraient pas être poursuivis en justice.

Politique future : La stratégie décennale de lutte contre la toxicomanie du gouvernement reconnaît la nécessité d'investir davantage dans le traitement. Mais il n'y a pas de réponse facile et les projets modestes annoncés jusqu'ici ne suffiront probablement pas pour atteindre l'objectif ambitieux de réduire de moitié la proportion de jeunes consommateurs d'héroïne et de cocaïne d'ici 2008. Les tentatives de restriction du commerce international illicite des drogues ont échoué de manière constante et continueront probablement de le faire. Si la fréquence de la toxicomanie et des crimes connexes continue d'augmenter, il y aura certainement un accroissement des pressions exercées sur le RU et les autres gouvernements afin de modifier les politiques dont l'inefficacité est évidente. » 93

Administration

Le problème de la drogue étant complexe, plusieurs ministères et organismes différents participent à la mise en application de la stratégie sur la toxicomanie du RU. Les principaux organismes sont les équipes d'intervention en toxicomanie (drug action team) chargées de veiller à ce que la stratégie se traduise en mesures concrètes à l'échelle locale.

Coûts

Coûts publics

En 1997-1998, la plupart des dépenses portaient sur l'application de la loi. Une somme totale de 1,4 MM£ a été dépensée pour les activités suivantes :

• La toxicomanie, l'application de la loi et la réduction de l'offre internationale représentent 75 % (l'application de la loi comprend la police, les tribunaux, la probation et les prisons – 62 %; l'offre internationale, englobant les douanes et accise, ainsi que le Foreign and Commonwealth Office – 13 %);

⁹³ Joseph Rowntree Foundation, *Drugs: dilemmas, choices and the law*, novembre 2000. Voir cet article à l'adresse suivante : http://www.jrf.org.uk/knowledge/findings/foundations/N70.asp

- Traitement et réhabilitation 13 %;
- Éducation et prévention 12 %.94

À la suite de l'examen complet des dépenses publiques en 1998, un montant additionnel de 217 M£ a été affecté aux activités relatives aux drogues sur une période de trois ans. «Une partie importante de ces fonds servira à financer les projets destinés à briser le lien entre la toxicomanie et le crime, notamment les options de la procédure d'arrestation, le traitement de la toxicomanie et les ordonnances de dépistage. L'intention est de donner à chaque toxicomane détenu dans un poste de police ou une prison la possibilité de suivre un traitement d'ici l'an 2002 ». 95 Les fonds supplémentaires seront dépensés comme suit :

- 133 M£ pour la mise en application de la stratégie de lutte contre la toxicomanie dans le système judiciaire pénal;
- 60 M£ pour les services de traitement et 12 M£ pour le dépistage volontaire de la toxicomanie en milieu carcéral;
- 61 M£ pour la mise en application des ordonnances de dépistage et de traitement de la toxicomanie (Drug Treatment & Testing Orders);
- 70,5 M£, aux autorités locales et de santé, afin de financer les services de traitement et d'améliorer les soins communautaires pour les toxicomanes ;
- 50 Mf, pour les services de traitement et les jeunes à risque ;
- 20,5 M£ pour les autorités locales afin d'améliorer l'accès aux services et augmenter le nombre des programmes de traitement ;
- 10,5 M£, pour supporter les équipes d'intervention en toxicomanie de tout le pays et la recherche nationale sur l'efficacité d'une activité antidrogue;
- 3 M£ pour l'élaboration de programmes interministériels plus efficaces d'éducation en matière de drogues ;
- 6 M£ répartis sur 3 ans pour un nouveau programme de recherche ; et
- 3 M£ sera réservé au fonds des biens confisqués en 1999-2000, qui sera augmenté à 5 M£ et 7 M£ dans les années subséquentes.%

Coûts sociaux

Le rapport annuel 1999-2000 du coordonnateur antidrogue du RU démontre que la toxicomanie a coûté à l'État plus 4MM£ en crimes, maladie et absentéisme. On estime de plus que le tiers des crimes contre les biens est lié aux drogues.

⁹⁴ Tackling Drugs to Build a Better Britain, The Government's Ten-Year Strategy for Tackling Drugs Misuse, avril 1998, dans le chapitre intitulé: « Resourcing and Managing the Work ».

⁹⁵ DrugScope, UK Drug Situation 2000. Rapport du RU au European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction, novembre 2000, page 7.

⁹⁶ Ibid., pages 11-12.

Statistiques

Selon les estimations du *Office for National Statistics*, le marché des drogues illicites représente à lui seul près de 1 % de la production nationale, soit l'équivalent de 8,5 MM f. par année. 97

Malgré les critiques que certains rapports ont faites, le RU dispose d'une base de données impressionnante sur l'observation des tendances d'usage des drogues. Ainsi, depuis 1983, le Home Office mène, à tous les deux ans, une enquête nationale – le British Crime Survey – qui inclut notamment une série de questions sur l'usage de drogues illicites. Le Home Office tient aussi des séries de données détaillées sur les arrestations, les condamnations et les sentences. L'organisme DrugScope est le correspondant britannique pour l'OEDT.

Consommation

Dans le groupe des 16 à 59 ans, 32 % des répondants en l'Angleterre et au pays de Galles déclarent avoir «déjà utilisé une drogue» (29 % en 1996 et 28 % en 1994). Ce pourcentage augmente à 50 % dans le groupe des 16 à 24 ans. Cependant, la consommation récente de drogue est moins courante. Ainsi, dans les enquêtes de 1994, 1996 et 1998, 10 % à 11 % déclarent avoir consommé de la drogue au cours de l'année passée et 6 % au cours du mois passé. La consommation de drogues varie avec l'âge : 30 % des 16 à 24 ans signalent avoir consommé de la drogue au cours de l'année passée et 20 % au cours des derniers 30 jours (en comparaison de 3% et 1,5 % chez les 45 à 54 ans). En outre, la consommation de drogues est plus fréquente chez les hommes que chez les femmes. Quant aux enfants, les enquêtes menées en Angleterre révèlent que 13 % des répondants âgés de 11 à 15 ans déclarent avoir déjà consommé de la drogue. Chez les jeunes, la fréquence augmente avec l'âge : 3 % des 11-12 ans, 13 % des 13-14 ans et 31 % des 15 ans déclarent avoir déjà consommé de la drogue.

Le cannabis est la drogue illicite la plus cultivée, la plus vendue et la plus consommée au RU. La consommation est plus courante chez les jeunes et diminue avec l'âge. En Angleterre et au pays de Galles, presque la moitié des 16 à 24 ans déclarent avoir déjà consommé du cannabis, dont 17 % au cours du mois dernier. Seulement 5 % des adultes de 55 à 59 ans affirment avoir déjà consommé cette drogue.

<u>Infractions</u>

Les contrevenants arrêtés au RU font parfois l'objet de procédures différentes, notamment l'avertissement par la police ou la poursuite en justice (sauf en Écosse où d'autres procédures sont disponibles). En vertu de la *Customs and Excise Act 1979*, l'arrangement à l'amiable (le paiement d'une somme d'argent plutôt qu'une poursuite) est possible dans les cas d'importation de quantités minimes de cannabis (10 grammes ou moins). De plus, les autorités utilisent parfois leur pouvoir discrétionnaire et ne

 $^{^{97}}$ « The Untouchables », $\textit{Economist},\,21$ avril 2001, vol. 359, re 8218, page 49

prennent pas d'autres mesures. Cette dernière option n'apparaît pas dans les statistiques criminelles.

Le nombre de personnes arrêtées pour des infractions liées à la drogue est passé de 35 000 en 1988 à 153 000 en 1998. Parmi elles, 127 840 ont été reconnues coupables ou ont reçu un avertissement, ont payé une amende ou ont réglé à l'amiable. En 1997, leur nombre était de 113 150.

La drogue la plus courante est le cannabis (76 %). Près de 90 % des infractions à la MDA sont des délits de possession et, habituellement, les trois quarts de l'ensemble des délits de possession impliquent le cannabis.

Le nombre d'avertissements donnés a augmenté énormément au fil des ans et représente près de la moitié de l'ensemble des condamnations, des avertissements, des amendes et des arrangements à l'amiable. Bon nombre de cas sont donc réglés sans procès.

En 1998, le nombre de saisies de drogues s'élevait à 149 900, soit 8% de plus qu'en 1997. Le cannabis était en cause dans 76 % des cas. Enfin, entre 1995 et 1999, le prix moyen de la plupart des drogues est demeuré relativement stable.

La Suède⁹⁸

Lorsqu'ils opposaient un modèle réussi à «l'échec » néerlandais, les témoins que nous avons entendus mentionnaient invariablement la Suède. En Suède, le phénomène de la drogue est considéré comme l'un des plus graves problèmes sociaux (sinon le plus grave) et les drogues sont perçues comme une menace extérieure au pays. On considère souvent la toxicomanie comme la cause d'autres problèmes sociaux et le problème de la drogue comme mettant en péril les valeurs traditionnelles de la Suède. Ces préoccupations se sont intensifiées depuis que la Suède est devenue membre de l'Union européenne (UE) en 1995, puisque la plupart des autres membres de l'UE ont adopté une attitude plus libérale relativement aux questions de drogue. Si l'on compare avec d'autres pays de l'Europe occidentale, la politique de la Suède en matière de drogue est effectivement restrictive. Un des objectifs de cette politique est d'indiquer très clairement que les drogues ne sont pas tolérées dans la société et son but est celui d'une société sans drogue. On observe notamment que :

- Les programmes de réduction des méfaits sont limités ;
- Le traitement vise l'abstinence complète et il est possible d'obliger les toxicomanes à suivre un traitement ;
- La consommation de stupéfiants est une infraction à la loi et la politique prévoit des analyses sanguines et d'urine pour dépister ceux que l'on soupçonne de faire usage de drogues ;
- Les lois sont appliquées sévèrement ;
- Les discussions au sujet de la valeur médicale du cannabis sont presque inexistantes ; et
- Les lois suédoises respectent de façon stricte et même dépassent les exigences établies dans les trois conventions des Nations Unies sur les drogues.

Bien que la politique suédoise en matière de drogue soit actuellement très restrictive, il n'en a pas toujours été ainsi. En fait, au cours des années 1960, elle était relativement libérale, fondée principalement sur une démarche de réduction des méfaits. Par exemple, de 1965 à 1967, il était possible, pour les toxicomanes

⁹⁸ Cette section s'inspire largement du rapport préparé par la Bibliothèque du Parlement pour le Comité: Lafrenière G., (2001) Politique nationale sur les drogues: la Suède. Ottawa: Bibliothèque du Parlement, rapport préparé pour le Comité spécial du Sénat sur les drogues illicites, disponible en ligne à www.parl.gc.ca/drogues-illicites.asp. Pour plus d'informations, lire aussi: Boekhout van Soliinge, T., (1997) The Swedish Drug Control System: An in-depth review and analysis, Amsterdam: Centre for Drug Research, University of Amsterdam.

⁹⁹ European NGO Council on Drugs and Development, A Snapshot of European Drug Policies: Report on the state of drug policies in 12 European countries, octobre 2001, p. 27.

¹⁰⁰ United Nations Office for Drug Control and Crime Prevention, Country Drug Profile: Sweden, 1998, page 1

extrêmement dépendants, d'obtenir une ordonnance de morphine et d'amphétamines. Cette «expérience», à laquelle ont participé environ 120 personnes, a par la suite été utilisée par Nils Bejerot, médecin policier et personnage très influent dans le milieu de la politique suédoise en matière de drogue, dans son analyse du lien entre l'usage de la drogue et la politique en matière de drogue au cours de la période de 1965 à 1970. Bejerot concluait notamment que les changements d'une politique restrictive à une politique permissive, et vice versa, avaient eu une incidence sur le taux d'usage de drogues intraveineuses, que cette expérience avait été à l'origine de l'épidémie de drogue en Suède, et qu'elle n'avait pas eu l'effet souhaité de réduction de la criminalité. Ses conclusions, encore largement acceptées en Suède, ont cependant fait l'objet de multiples critiques. 101

Devant l'accroissement de l'usage des drogues, un Comité sur le traitement des toxicomanes a été formé en 1965, publiant quatre rapports entre 1967 et 1969. Le premier portait sur le traitement et le second sur les mesures répressives. C'est ce second rapport qui a mené à l'adoption de la *Loi sur les stupéfiants* en 1968. Les rapports du Comité indiquaient que le problème des drogues allait en s'intensifiant. Cette conclusion, associée à œlle de Bejerot, est en partie à l'origine de la démarche plus restrictive adoptée par la Suède vers la fin des années 1960. En outre, depuis 1968, le gouvernement a organisé une campagne antidrogue massive dans les écoles et les médias, de sorte qu'une génération a grandi parmi les messages fondés sur la théorie de la drogue d'introduction, entre autres. Cette théorie sert à justifier les restrictions relatives au cannabis et [traduction] « la politique suédoise sur la drogue porte principalement sur le cannabis, puisqu'on allègue que les "carrières dans le domaine de la drogue" commencent par cette substance ». Des dangers causés par le cannabis lui-même (psychose, propension à la dépendance, risque élevé de suicide, etc.) sont considérés comme une justification valable à une politique restrictive.

Cette politique restrictive s'est poursuivie au fil des ans et a mené à une intensification des sanctions, la criminalisation de l'usage des drogues et l'autorisation des analyses sanguines et d'urine pour ceux que l'on soupçonnait de faire usage de drogues. Bien qu'à l'origine, le but des analyses sanguines et d'urine ait été de dépister les nouveaux consommateurs de drogue et de leur offrir un traitement approprié, il semble qu'elles ne soient plus destinées à cette seule fin puisque les toxicomanes connus sont maintenant ciblés. 104

Certains auteurs ont établi un lien entre la politique restrictive de la Suède en matière de drogue et sa politique restrictive à l'égard de l'alcool. Le mouvement de tempérance a des origines lointaines en Suède et ce pays a établi une politique assez restrictive relativement à l'alcool, de même qu'un monopole d'État pour la vente d'alcool.

¹⁰¹ Boekhout van Solinge, op. cit., page 45.

¹⁰² European NGO Council on Drugs and Development, op. cit., page 27.

¹⁰³ Boekhout van Solinge, op. cit., page 88.

¹⁰⁴ Ibid., pages 116-117.

[Traduction] « Les attitudes des Suédois à l'égard de l'alcool sont pertinentes puisqu'une politique restrictive à ce sujet rend tout à fait logique l'établissement d'une politique restrictive en matière de drogue. De plus, le modèle de consommation totale sur lequel repose la politique à l'égard de l'alcool, est considéré également valide pour les drogues illicites. En limitant la consommation totale de stupéfiants, on s'attend à ce que les préjudices totaux causés par les drogues soient aussi plus faibles. Cependant, on a démontré que cette corrélation était loin d'être évidente pour différentes drogues illicites. » 105

Stratégie nationale

À la suite de la création d'une Commission sur les stupéfiants, le gouvernement suédois a présenté un nouveau plan d'action, en janvier 2002, qui sera valide jusqu'en 2004. Un total de 325 millions de couronnes suédoises (SEK) (environ 50 millions \$ canadiens) a été affecté, pour cette période de trois ans, à la lutte antidrogues. Le plan d'action a été présenté comme un moyen de renverser la tendance inquiétante de l'usage de drogues. 106

Cette politique vise à :

- Réduire le nombre de nouvelles recrues dans le monde de la toxicomanie (principalement par des mesures de prévention ciblant les jeunes);
- Encourager les toxicomanes à renoncer à leur comportement (par des soins et un traitement); et
- Réduire l'offre de drogues (par la prise de mesures au criminel).

Une des caractéristiques de la stratégie antidrogues est la création d'un poste de coordonnateur national antidrogues. Ce poste a été institué en vue de fournir un leadership clair en matière de politique sur les drogues, d'assurer le suivi des objectifs du plan et de déterminer s'il faut entreprendre de nouvelles initiatives pour combattre de nouveaux problèmes. Ses principales tâches sont les suivantes :

- Assurer une coopération avec les autorités, les conseils municipaux et les conseils de comté, les ONG, etc.;
- Influer sur l'opinion publique ;
- Assumer une fonction de soutien auprès des conseils municipaux et de comté pour l'élaboration de stratégies locales ;
- Amorcer des travaux de recherche et de développement en vue de la mise au point de méthodes ;
- Servir de porte-parole du gouvernement pour les questions touchant les stupéfiants ;
- Évaluer le plan d'action ; et

¹⁰⁵ *Ibid.*, p. 103

¹⁰⁶ Ministère de la Santé et des Affaires sociales, National Action Plan on Narcotic Drugs, Fiche d'information, février 2002.

• Rendre compte régulièrement de ses activités au gouvernement (au moins une fois par année).

Des 325 millions SEK, 100 millions (soit environ 15 millions \$ canadiens) ont été affectés à une initiative spéciale sur les drogues au sein du Service suédois de probation et de détention. Le but de cette initiative est d'offrir des soins et un traitement à tous les toxicomanes du système. De plus, l'administration nationale des probations et des établissements de détention doit :

- Mettre au point des méthodes de prévention de l'introduction de drogues dans les établissements et les centres de détention;
- Examiner les obstacles au traitement en dehors des établissements ; et
- Établir des programmes spéciaux pour les soins fournis en vertu de contrats, c'est-à-dire des soins fournis conformément à un contrat passé entre le condamné et la collectivité.

Pour ce qui est de la police, le Conseil national de police et le Conseil national de prévention du crime devront entreprendre leur propre examen des efforts déployés par les policiers dans la lutte contre le crime lié à la drogue.

En Suède, si la politique est établie au niveau national, une grande part de la mise en œuvre des objectifs du plan d'action relève des municipalités. Ainsi, ces dernières doivent s'occuper des toxicomanes conformément à la Loi sur les services sociaux. Les initiatives de prévention sont aussi appliquées au niveau local. Les stratégies des municipalités seront donc axées sur des préoccupations locales. L'application de la Loi continue toutefois de se faire au niveau national, par l'intermédiaire des services des douanes et de police.

Le traitement figure parmi les trois piliers de la politique suédoise en matière de drogue. Un des objectifs de cette politique est de réadapter les toxicomanes, plutôt que de les punir au moyen du système de justice pénale. Depuis 1982, on peut obliger les personnes à suivre un traitement pour toxicomanie (qui s'applique aussi à l'alcool et à d'autres substances) pour une période allant jusqu'à six mois. La principale justification de ce genre de traitement est de protéger le toxicomane ou d'autres personnes et de motiver le toxicomane à poursuivre le traitement volontairement. Le recours au traitement obligatoire semble toutefois peu courant et son efficacité a été remise en question. 107 Au cours des dernières années, on a constaté une réorientation du traitement obligatoire et du traitement en établissement vers un traitement ambulatoire. Il semble cependant que le traitement soit aujourd'hui moins facilement accessible qu'il ne l'était il y a 10 ou 15 ans. De plus, la durée de traitement des toxicomanes a diminué. Ces changements sont attribuables aux coupures effectuées durant les années 1990 dans les dépenses municipales au chapitre des services sociaux : [traduction] « Tandis qu'en 1989, on avait dénombré 19 000 personnes dans les centres de désintoxication (pour

¹⁰⁷ Boekhout van Solinge, op. cit., page 165.

alcooliques et toxicomanes), en 1994, le nombre n'était plus que de 13 000. Pendant la même période, le nombre de personnes en traitement forcé était passé de 1 500 à 900. À cause des restrictions budgétaires, 90 centres de traitement ont fermé leurs portes entre 1991 et 1993. »¹⁰⁸

Les programmes de traitement de substitution à la méthadone existent en Suède depuis la fin des années 1960. Actuellement, environ 600 personnes sont inscrites à des programmes de traitement de substitution à la méthadone à Stockholm, Uppsala, Malmo et Lund. Les programmes sont strictement réglementés et sont officiellement considérés comme étant expérimentaux. Les conditions de participation prévoient que le patient doit avoir plus de 20 ans et doit utiliser des opiacés par intraveineuse depuis au moins quatre ans, il doit avoir essayé plusieurs formes de traitement pour toxicomanie et il doit s'être inscrit au programme volontairement (par exemple, il ne doit pas être détenu, ni en état d'arrestation, ni condamné à une période d'emprisonnement, ni être détenu dans un établissement correctionnel). Pour les participants aux programmes de traitement de substitution à la méthadone, aucune autre drogue n'est autorisée et le patient doit visiter la clinique quotidiennement. Actuellement, le nombre maximal de personnes pouvant participer au programme en même temps est de 800. Des projets pilotes sont en cours avec Subutex.

Bien que la Suède ait consacré de grandes sommes au traitement, très peu de ses programmes ont fait l'objet d'une évaluation. Par conséquent, il est difficile de donner des détails sur leur efficacité. [Traduction] « L'objectif officiel est de réadapter les toxicomanes, et les moyens financiers, ainsi que les efforts affectés à cette fin sont énormes, bien plus importants que dans beaucoup d'autres pays européens. Cependant, malgré toutes ces bonnes intentions, il reste que l'efficacité de ces programmes expansifs est relativement faible. À long terme, les programmes de désintoxication de la Suède n'ont pas obtenu de meilleurs résultats que ceux que l'on trouve ailleurs, à l'échelle internationale ». 109

En ce qui concerne les initiatives de réduction des méfaits, on trouve peu de services de bas seuil en Suède et la plupart d'entre eux sont assurés par des organisations bénévoles. Ces organisations offrent une série de services, mais toutefois pas d'ordonnances. Des programmes d'échange de seringues sont appliqués dans les cliniques pour maladies infectieuses des hôpitaux de Lund et de Malmo et sont donc assez limités. Les initiatives de réduction des méfaits, comme les programmes d'échange de seringues, sont difficiles à promouvoir dans une société qui vise l'élimination complète des stupéfiants et où la consommation de drogue n'est pas acceptée. Une proposition de la fin des années 1980, qui consistait à mettre en place des programmes d'échange de seringues dans toute la Suède, a été refusée par le Parlement qui a jugé qu'une [traduction] «plus grande disponibilité de seringues n'empêcherait pas la propagation du VIH, mais allait tout au contraire augmenter l'utilisation des drogues injectables». 110

¹⁰⁸ *Ibid.*, page 125.

¹⁰⁹ Ibid., page 162.

¹¹⁰ Ibid., page 129.

Le système de justice criminelle a aussi un rôle à jouer en ce qui concerne le traitement. En 2000, plus de 5 000 toxicomanes ont été mis en détention. Tandis qu'ils sont en prison, les contrevenants ont accès à des programmes de désintoxication et certains d'entre eux sont transférés hors des établissements pénitentiaires pour leur traitement. Il existe aussi des initiatives visant à empêcher l'introduction de drogues dans les prisons, par exemple par des perquisitions et des analyses d'urine. Pendant leur séjour en prison, les contrevenants n'ont droit à aucune seringue ni à aucun traitement de substitution.

La législation permet, dans certaines conditions, à un contrevenant de purger sa sentence hors de la prison. Le traitement forcé pour toxicomanie est l'une des raisons souvent invoquées. Une autre solution de rechange à l'emprisonnement est l'imposition d'une période de probation combinée à un traitement pour toxicomanie en établissement. Voici un exemple de solution de rechange à l'emprisonnement

[Traduction] « Depuis 1998, les personnes ayant un problème de toxicomanie et ayant commis une infraction liée à la drogue peuvent avoir accès à un traitement en signant une « convention de traitement ». Il s'agit d'un contrat réel passé entre le toxicomane et le tribunal, en vertu duquel les deux parties ont des droits et des obligations, comme dans tous les contrats. Cependant, certaines conditions doivent être remplies par le toxicomane : la personne en question doit avoir besoin d'un traitement et doit être prête à s'y soumettre; elle est toxicomane; la toxicomanie a contribué au crime commis, qui ne doit pas être grave (sanction prévue de moins de deux ans). La personne n'est alors pas envoyée en détention et un plan de traitement personnalisé est établi pour elle. Les autorités de la santé sont responsables du traitement et doivent informer l'administration locale des probations et des établissements de détention, ainsi que le ministère public si le probationnaire néglige sérieusement les obligations mentionnées dans son plan personnel. » 111

En ce qui concerne la prévention, les programmes d'information sur les drogues commencent tôt et figurent à tous les niveaux du programme scolaire. [Traduction] « Sans exagération, ce programme "d'influence d'opinion" pourrait être décrit comme un processus d'endoctrinement. Compte tenu de l'ampleur de ces programmes, il est devenu incontestable et irréfutable que leur contenu fasse partie du système de valeurs de chacun ». 112

Quant au cannabis, il est classé au nombre des drogues dangereuses et [traduction] « son usage est considéré comme le point de départ de la toxicomanie ». 113 C'est l'une des raisons pour lesquelles les mesures de prévention portent une attention particulière au cannabis puisqu'il devrait mener à une baisse de l'expérimentation des drogues qui empêchera les nouvelles recrues d'accéder au milieu.

¹¹¹ Observatoire européen des drogues et des toxicomanies, *Country Profiles – Sweden*, European Legal Database on Drugs, 2001

¹¹² Ibid., page 177.

¹¹³ Boekhout van Solinge, op. cit., page 15.

Cadre législatif

Catégories de stupéfiants

La principale loi s'appliquant aux drogues en Suède est la Loi sur les stupéfiants de 1968. Les « stupéfiants » y sont définis à l'article 8, et comprennent les médicaments ou les substances dangereuses pour la santé qui ont des propriétés toxicomanogènes et dont l'usage est restreint en vertu d'une entente internationale dont la Suède est signataire, ou que le gouvernement a déclaré comme étant des « stupéfiants » aux termes de la Loi. Aucune distinction n'est faite entre les drogues dures et les drogues douces. Comme on le verra plus loin, la nature de la substance fait cependant partie des critères qui déterminent la gravité d'une infraction. Les stupéfiants sont divisés en cinq listes. La liste I contient les drogues illégales sans usage médical ; les listes II à IV portent sur les stupéfiants à usage médical et dont les importations et les exportations sont réglementées ; la liste V comprend les stupéfiants qui ne sont pas soumis à un contrôle international. Conformément à la loi, les stupéfiants à usage médical ne peuvent être fournis que sur ordonnance d'un médecin, d'un dentiste ou d'un vétérinaire.

Infractions

En Suède, presque toutes les formes d'utilisation de stupéfiants sont interdites conformément à la *Loi sur les stupéfiants*. Cette loi énumère les comportements et les pratiques qui constituent une infraction et qui comprennent la possession pour usage personnel, l'approvisionnement (qui est assez largement défini), la fabrication, etc. Même la consommation (usage de drogue) est interdite depuis 1988. Dans ce cas, [traduction] «ce n'est pas la dépendance qui est une infraction criminelle selon la Loi, mais l'acte d'ajouter une drogue à l'organisme humain ». 114 La police est autorisée à soumettre quiconque est soupçonné d'avoir consommé des drogues à des analyses de sang ou d'urine.

La Loi sur la contrebande de 2000 régit les importations et les exportations illégales de drogues. Les autres lois pertinentes comprennent : la Loi sur le dopage de 1991 qui réglemente l'importation, l'offre, la possession de substances destinées à augmenter le rendement; la Loi sur l'interdiction de certaines substances dangereuses pour la santé de 1999 qui régit la possession et l'offre de substances qui nuisent à la vie ou à la santé et qui sont utilisées ou peuvent l'être à des fins intoxicantes — cette loi ne régit pas les substances visées par d'autres lois.

Les autres lois pertinentes sont : la Loi sur les services sociaux de 1980 qui détermine les formes possibles de soins pour les toxicomanes et la Loi sur le traitement forcé des toxicomanes selon laquelle un toxicomane qui est dangereux pour lui-même ou pour les autres peut se voir ordonner par le tribunal de suivre un traitement (qui suppose une privation de liberté pendant une période pouvant aller jusqu'à six mois pour les adultes

¹¹⁴ Dorn, N., et A. Jamieson, (2001) European Drug Laws: the Room for Manoeuvre, London: DrugScope, page 188.

et même plus pour les jeunes de moins de 21 ans). D'autres lois prévoient l'expulsion possible des écoles des étudiants toxicomanes, la révocation du permis de conduire en cas de toxicomanie, etc. La tolérance zéro a été adoptée pour la conduite sous influence de drogue.

Sanctions

Le Code pénal suédois prévoit trois niveaux de sanctions pour les infractions liées à la drogue : mineure, ordinaire et grave. Pour les infractions mineures, les sanctions peuvent être des amendes ou un emprisonnement pouvant aller jusqu'à six mois ; pour les infractions ordinaires, jusqu'à trois ans ; et pour les infractions graves, de deux à dix ans d'emprisonnement. Les sanctions assujetties à la Loi sur la contrebande sont identiques.

La gravité de l'infraction dépend de la nature et de la quantité de drogues et d'autres circonstances. Le gouvernement a précisé qu'une «infraction mineure liée à la drogue » correspondait au niveau véritablement le plus faible d'infraction. Par exemple, il ne devrait généralement s'agir que de l'usage ou la possession à des fins personnelles de très petites quantités. Dans ce cas, une amende serait justifiée. L'amende est alors basée sur le revenu du contrevenant. Les infractions mineures comprennent : les amphétamines, jusqu'à 6 g, le cannabis, jusqu'à 50 g, la cocaïne, jusqu'à 0,5 g et l'héroïne, jusqu'à 0,39 g; les infractions ordinaires englobent : les amphétamines, de 6,1 à 250 g, le cannabis, de 51 g à 2 kg, la cocaïne, de 0,6 g à 50 g, et l'héroïne, de 0,04 à 25 g, tandis que les infractions graves comprennent : les amphétamines, 250 g ou plus, le cannabis, 2 kg ou plus, la cocaïne, 51 g ou plus, et l'héroïne, 25 g ou plus. Le trafic de stupéfiants mène généralement à l'emprisonnement.

En ce qui concerne la contrebande, afin de déterminer si l'infraction est grave, il faut se demander si elle faisait partie d'une activité accomplie à grande échelle ou à l'échelle commerciale, si elle nécessitait des quantités particulièrement grandes de stupéfiants et si elle était plutôt d'une nature dangereuse.

En 1996, des 5 862 personnes qui ont été condamnées pour des infractions liées à la drogue, 3760 l'ont été pour des infractions mineures, 1708 pour des infractions ordinaires et 391 pour des infractions graves. Parmi les 1274 personnes à qui il a été imposé une peine d'emprisonnement, 54 l'ont obtenue pour des infractions mineures, 893 pour des infractions ordinaires et 326 pour des infractions graves. 115

Comme dans d'autres pays, il existe plusieurs solutions de rechange à l'emprisonnement. Par exemple, le tribunal peut choisir d'autres sanctions, dont la probation, la condamnation avec sursis ou le traitement forcé. Ces sanctions semblent être utilisées fréquemment dans les affaires de stupéfiants.¹¹⁶

116 Ibid., page 190.

¹¹⁵ Boekhout van Solinge, op. cit., page 206.

[Traduction] « Généralement, le toxicomane qui est trouvé coupable d'un crime quelconque peut, dans certaines circonstances, se voir ordonner de suivre un traitement de désintoxication. Le traitement peut être jumelé à une sentence d'emprisonnement ou à une ordonnance de probation ou à une sentence d'emprisonnement avec sursis ou alors avec une libération conditionnelle. Le consentement de la personne déclarée coupable à suivre le traitement dans certaines conditions peut constituer une raison d'ordonner la probation plutôt que l'emprisonnement (la fameuse convention de traitement). Dans la pratique, la probation et la sentence d'emprisonnement avec sursis associées au traitement forcé sont généralement utilisées pour les infractions de gravité ordinaire, c'est-à-dire dans les cas où une peine d'emprisonnement serait autrement imposée. » 117

Les lois suédoises permettent aussi la saisie de toute drogue utilisée pour commettre une infraction, de tous les gains réalisés, des biens ayant servi à commettre l'infraction, etc.

Pouvoir discrétionnaire de poursuivre

Le procureur a le devoir absolu de poursuivre, mais il y a un certain nombre d'exceptions à cette règle générale. Dans une Circulaire sur certaines questions concernant le traitement des affaires de stupéfiants, le procureur général a déclaré que l'abandon des poursuites en cas d'infractions liées aux stupéfiants devait être limité aux affaires traitant uniquement de possession pour usage personnel de quantités indivisibles ou correspondant tout au plus à une dose de résine de cannabis ou de certains stimulants du système nerveux central, à l'exception de la cocaïne, c'est-à-dire à une quantité de stupéfiants suffisamment petite pour ne pouvoir être normalement divisée et vendue. Étant donné la difficulté de déterminer les limites de cette quantité, des poursuites devraient être entamées en cas de doute. Si les circonstances sont telles que l'on peut supposer que la possession, malgré la quantité limitée, ne visait pas un usage personnel, la poursuite ne doit pas être abandonnée. Compte tenu de ces remarques, les poursuites ne devraient pas non plus être abandonnées lorsque le toxicomane se trouve en possession de stupéfiants correspondant à un usage personnel pour une certaine période. En outre, il est de grande importance que l'abandon des poursuites soit surtout limité aux cas de première infraction. 118

Le débat en Suède

La vision suédoise d'une société sans drogue est tellement largement acceptée qu'elle n'est pas remise en question sur la scène politique ou dans les médias. La politique en matière de drogue bénéficie du soutien de tous les partis politiques et, selon les sondages d'opinion, la démarche restrictive obtient un large appui du public. Par exemple, un sondage réalisé en 2001 révèle que 96 % des répondants étaient opposés à la légalisation de toute drogue classée. En outre, un autre sondage effectué

¹¹⁷ *Ibid.*, page 191.

¹¹⁸ Observatoire européen des drogues et des toxicomanies, op. cit.

en 2000 a démontré que 91 % étaient contre la décriminalisation de l'usage du cannabis. ¹¹⁹

[Traduction] « Le rôle de l'opinion publique est essentiel à la compréhension de l'attitude des différents partis politiques. Les sondages d'opinion démontrent qu'une grande partie des gens appuient une politique restrictive en matière de drogue. Les mêmes sondages révèlent que les stupéfiants sont considérés comme l'un des principaux problèmes sociaux. La panique morale entourant les drogues est telle qu'aucun parti politique n'ose parler contre des mesures qui pourraient sembler aller dans le sens d'une libéralisation, aussi minime soit-elle, de la politique en matière de drogue. Appuyer la politique restrictive, ou même réclamer des mesures plus restrictives pour freiner l'intensification du problème des drogues est une attitude essentielle à l'obtention de votes pour un parti politique. Se montrer en faveur du contraire, appuyer une démarche légèrement libérale n'est pas possible pour un parti politique et contribuerait même à signer son arrêt de mort politique. On a signalé que les groupes de pression antidrogue sont les forces motrices qui influent sur l'opinion publique et, par le fait même, sur les partis politiques. On a aussi démontré que, mis à part les mouvements sociaux, les médias ont contribué à accroître la crainte de la drogue qui existe aujourd'hui et à définir les drogues comme un important problème social.» 120

Ainsi, la population suédoise en général a une vision négative de l'usage des drogues et est convaincue que celles-ci constituent une importante menace pour la société. Ces thèmes ont été publicisés par le gouvernement, les médias et d'autres organismes de Suède, et il est rare que d'autres groupes les critiquent. Les scientifiques sont généralement les seuls à émettre des doutes quant à la politique actuelle.

Rapports récents

En 1998, le gouvernement a créé une Commission sur les stupéfiants. Celle-ci avait pour mandat d'évaluer la politique suédoise en matière de drogue et de proposer, toujours suivant le concept d'une politique restrictive, des mesures de renforcement et de rationalisation. La Commission ne devait pas dévier de l'objectif général d'une société sans drogue. Son mandat était le suivant :

- Proposer des améliorations aux méthodes et aux systèmes d'évaluation de la situation des drogues et évaluer l'objectif d'une société sans drogue;
- Évaluer et proposer des mesures visant à renforcer et à rationaliser les mesures de prévention de la toxicomanie;
- Analyser la mise sur pied des programmes de traitement, y compris ceux du système de probation et d'établissements pénitentiaires, et proposer des mesures visant à améliorer le traitement et la réadaptation des toxicomanes;

¹¹⁹ National Institute of Public Health, *National Report : Sweden 2001*, Stockholm, décembre 2001, page 14.

¹²⁰ Boekhout van Solinge, op. cit., pages 172-173.

- Évaluer l'étendue et la portée des fonds nationaux pour la mise au point de traitements et de mesures visant à prévenir les crimes liés à la drogue ;
- Analyser la nécessité d'apporter des changements aux méthodes de travail du système judiciaire et aux lois procédurales du droit pénal et du droit criminel;
- Examiner les recherches en cours, proposer des moyens de stimuler la recherche, de la renforcer et de l'organiser ainsi que de définir les champs de recherche importants mais négligés dans le domaine des stupéfiants ; et
- Tracer les grandes lignes des stratégies visant à établir des mesures d'information ciblée et à influencer l'opinion.

La Commission a récemment publié un rapport intitulé *The Crossroads* (le carrefour – faisant référence à une voie qui nécessite une augmentation importante de ressources sous forme d'engagement, d'orientation, de compétences et de financement et à une autre qui suppose une réduction des objectifs et une acceptation considérable de la toxicomanie).

La Commission a noté que la question des drogues ne figurait pas parmi les priorités politiques des dernières années, ce qui avait mené à une réduction des fonds pour tous les secteurs en cause, tandis que le problème des drogues devenait de plus en plus grave et étendu. Les paragraphes qui suivent résument quelques-unes des conclusions et des recommandations principales de la Commission. ¹²¹

Leadership: La Commission a noté qu'il fallait fixer plus clairement les priorités, répartir plus clairement les tâches et assurer un meilleur suivi de la politique en matière de drogue et des initiatives concrètes à tous les niveaux de gouvernement.

Réduction de la demande : La Commission a noté qu'il n'y avait pas de limites précises entre les volets des mesures de prévention, des soins et de la désintoxication et la restriction de l'offre. Pour que les mesures préventives donnent des résultats positifs, elles doivent [traduction] «faire partie d'un système de mesures restreignant l'offre et il doit exister des règles claires englobant les normes et les valeurs de la société, ainsi que des soins et des traitements efficaces ». 122 De même, la Commission considère les soins et le traitement comme un élément essentiel des mesures de la politique en matière de drogue, puisqu'ils aident à réduire la toxicomanie de même que les conséquences négatives pour les toxicomanes. En outre, la Commission a déterminé la nécessité d'améliorer la compétence de ceux qui travaillent dans le domaine des soins et du traitement. Elle a établi les principes directeurs suivants concernant les soins et le traitement :

• Tous les toxicomanes doivent bénéficier d'une offre d'aide et, au besoin, de soins pour leur problème de toxicomanie.

122 *Ibid*.

The Swedish Commission on Narcotic Drugs, (2000) Summary of the report The Crossroads from the Swedish Commission of Narcotic Drugs, Suède.

- Des conseils, de l'aide et un appui doivent être offerts dès les premiers stades de consommation.
- Les soins doivent viser à l'objectif d'une vie sans toxicomanie et sans drogues illégales.
- Les soins et d'autres mesures visant les toxicomanes doivent être de bonne qualité.
- Les mesures visant à combattre la toxicomanie doivent être durables et appliquées à long terme.

Réduction de l'approvisionnement : La Commission n'a pas trouvé de lacunes réelles dans la loi ou dans les méthodes de travail utilisées par les autorités, bien qu'elle ait jugé impératif que ces autorités obtiennent davantage de ressources. Les services de police et de douanes n'ont pas réussi à éliminer le marché clandestin. En fait, tout semble indiquer que l'offre est encore plus généreuse, que les prix sont plus bas que par le passé et que la variété des drogues a augmenté. En ce qui concerne la lutte au marché des drogues illicites, la Commission a recommandé d'examiner la structure organisationnelle de la police (par exemple, la façon dont la dissolution des brigades de stupéfiants spécialisées a nui à la qualité des enquêtes policières) et d'assurer le suivi de toutes les faiblesses observées. La Commission a aussi recommandé d'examiner les méthodes d'enquête spéciales (comme les livraisons contrôlées) et de rédiger des lignes directrices sur le sujet à partir des conclusions de l'examen.

Perfectionnement des compétences et recherche: La Commission était d'avis qu'il était important d'améliorer les connaissances sur différents aspects des stupéfiants, les mesures utilisées pour lutter contre la toxicomanie et l'effet de la politique en matière de drogue.

Coûts123

Comme dans d'autres pays, il n'existe pas de données statistiques systématiques sur les coûts liés aux stupéfiants qui soient facilement accessibles.

Coûts publics

Le coût du traitement de la toxicomanie (alcool et stupéfiants) a été estimé pour les municipalités à 3,7 milliards SEK (plus de 500 millions \$ canadiens) par année (55 % pour les soins en établissement). La police a utilisé 6 % de son budget pour la lutte antidrogue en 2000 (pour un total de 702 millions SEK – plus de 100 millions \$ canadiens). Au sein des services de police, 869 personnes travaillaient à des questions relatives aux stupéfiants, tandis que dans les services douaniers, 1 080 personnes étaient

¹²³ L'information qui suit découle de : OEDT, National Report - Sweden 2001, op. cit., page 15.

affectées à la protection des frontières. Aucune donnée sur les coûts n'est disponible pour les douanes.

Coûts sociaux

La Commission sur les stupéfiants estime les coûts sociaux à 7,7 milliards SEK par année (ce total ne tient pas compte de la prévention, de la formation et de l'évaluation).

Administration 124

Comme nous l'avons mentionné antérieurement, un coordonnateur est maintenant en charge de la politique nationale en matière de drogue. Par le passé, ce rôle était rempli par le ministère de la Santé et des Affaires sociales. En ce qui concerne la distribution licite des stupéfiants et des substances psychotropes, l'Agence des produits médicaux s'occupe d'émettre les autorisations d'importation et d'exportation de drogues. Cette Agence fournit aussi des statistiques sur les drogues au PNUCID.

La police nationale suédoise est chargée de la lutte antidrogues. La Division des infractions en matière de drogue du Conseil national de police procède aux enquêtes criminelles reliées au crime organisé ou à toute autre infraction liée à la drogue à l'échelle nationale ou internationale. Le Service des douanes suédois s'occupe des

points d'entrée.

L'Institut national de santé publique coordonne les activités de réduction de la demande. Il est également le point de liaison national du réseau REITOX. Les activités opérationnelles sont coordonnées aux niveaux régional et municipal. C'est aussi le point de coordination avec les services sociaux, les services de police, les services de probation et de détention, les services médicaux, les écoles et toutes les autres parties en cause. Ainsi, pour ce qui est de la prévention, des soins et du traitement, les groupes locaux et municipaux ont un rôle clé à jouer.

À cause de sa nature globale, le problème de la drogue met en jeu d'autres ministères, par exemple le ministère de la Justice et le ministère des Affaires étrangères.

Statistiques

Consommation 125

Les enquêtes effectuées auprès des jeunes de 9 année (15 ans) et des jeunes conscrits de 18 ans, révèlent une tendance évidente, au cours des années 1990, à l'augmentation de la consommation de drogues au cours de la vie parmi les adolescents, particulièrement les plus âgés. On a aussi observé une augmentation de l'usage récent

125 OEDT, National Report - Sweden 2001, op. cit.

¹²⁴ L'information fournie dans cette section provient de : United Nations Office for Drug Control and Crime Prevention, Country Drug Profile – Sweden, op. cit., page 12

(année dernière, 30 derniers jours) parmi les adolescents et les jeunes adultes. Le pourcentage de jeunes de 15 ans qui déclarent avoir déjà essayé des drogues est passé de 4 % à 9 % de 1992 à 2000. Il est intéressant de noter que ce nombre était de 14 % au début des années 1970 et qu'il avait diminué à environ 8% en 1982. En ce qui concerne les jeunes conscrits, la tendance est à peu près la même. Selon ces enquêtes, la consommation de drogues illicites est faible comparativement à celle d'autres pays européens. Il faut noter que ces données ont été critiquées. Premièrement, elles s'appliquent seulement aux jeunes étudiants de 15 et 16 ans et aux jeunes conscrits de 18 ans, ne tenant pas compte des groupes plus âgés où il y aura première expérimentation. En outre, certains doutent de la fiabilité des déclarations de consommation par les élèves, dans un contexte où les drogues sont perçues de façon aussi négative et où les questionnaires sont remplis à l'école (où certains peuvent craindre d'être observés par leurs enseignants). 126

En 2000, la moyenne mobile de trois ans de consommation au cours de la vie pour le groupe des 15 à 64 ans était de 12 % (la plus élevée étant de 17 % pour le groupe des 24 à 44 ans). Depuis 1988, la consommation récente, pour les douze derniers mois, n'a jamais dépassé 1 %. Dans l'ensemble, les hommes sont deux fois plus susceptibles d'avoir consommé des drogues que les femmes, bien que la différence ne soit pas aussi élevée chez les groupes plus jeunes.

La plupart de ceux qui ont consommé des drogues ont essayé le cannabis et une grande partie de ceux-là ont seulement essayé le cannabis (en Suède, le cannabis est habituellement pris sous forme de haschisch). La deuxième catégorie de drogues la plus populaire en Suède est le groupe des amphétamines. La cocaïne serait la troisième plus répandue chez les plus âgés, tandis que chez les jeunes, ce serait le MDMA (ecstasy) et le LSD. Pendant les années 1990, la disponibilité des drogues a augmenté, en particulier les amphétamines et l'héroïne. Il semble cependant que l'usage d'héroïne soit en hausse.

Généralement, les sondages révèlent que les drogues en général sont assez peu utilisées en Suède. Pour ce qui est des toxicomanes (définis comme faisant usage d'intraveineuses ou une consommation quotidienne de drogues), il semble que la Suède ait un problème assez grave, avec un éventail de 14 000 à 20 000 personnes, ce qui est proche de la moyenne de l'Union européenne. 127

Infractions

Le nombre de personnes incriminées a augmenté, passant de 6567 en 1985 à 12 470 en 1999. La police a enregistré 32 423 infractions à la *Loi sur les stupéfiants* en 2000, ce qui est comparable aux données de la dernière décennie. Le nombre d'infractions à la *Loi sur la contrebande* a diminué de 85 % depuis 1980, baissant à 350.

¹²⁶ Boekhout van Solinge, op. cit., page 138.

¹²⁷ United Nations Office for Drug Control and Crime Prevention, op. cit., page 9.

En 1998, 92 % ont été soupçonnés d'usage ou de possession (par rapport à 76 % en 1975). En outre, le nombre de ceux qui sont soupçonnés de vendre ou de fabriquer des drogues est maintenant de 19 % (par rapport à 40 % en 1975).

Le nombre de sentences rendues pour infractions à la *Loi sur les stupéfiants* ou à la *Loi sur la contrebande* est maintenant de 12 470 pour 1999 (par rapport à 2 601 en 1975). Le cannabis était en cause dans 51 % des sentences en 1998. La même année, le genre de sentences était réparti de la façon suivante : 38 %, amendes ; 27 %, emprisonnement; 14 %, abandon de poursuites; 14 %, probation; et 8 %, autres sanctions. L'emprisonnement était généralement d'une durée de deux à six mois. ¹²⁸

¹²⁸ National Report 2001, page 27.

LA SUISSE¹²⁹

La Suisse a beaucoup fait parler d'elle ces dernières années en matière de politique sur les drogues : après les images hautement médiatisées sur la scène ouverte de Zurich, les cliniques d'injection et la prescription d'héroïne aux toxicodépendants ont fait le tour du monde; plus récemment, le Parlement fédéral a déposé un projet de réglementation de la production et de la vente de cannabis qui est actuellement à l'étude.

La Suisse est une Confédération 130 composée de 26 entités cantonales (cantons et demi-cantons) qui compte un peu plus de 7 millions d'habitants. Les cantons sont actuellement subdivisés en 2 904 communes politiques. La Constitution fédérale, adoptée en 1848, est le fondement juridique de l'État fédératif. Elle garantit les droits fondamentaux des individus et la participation du peuple à la vie politique, répartit les tâches entre la Confédération et les cantons et définit les attributions des autorités fédérales. La Suisse regroupe différentes communautés linguistiques, ethniques et confessionnelles. Selon l'article 4 de la Constitution, l'allemand, le français, l'italien et le romanche sont les quatre langues nationales. L'allemand est la langue parlée par la majorité des Suisses (63,7 %). Tous les cantons ont leur propre constitution, ainsi que leurs parlement, gouvernement et tribunaux. Les cantons ont certaines compétences législatives que leur confère la Constitution fédérale.

Cette structure politique de la Suisse est importante pour notre compréhension de la politique de ce pays en matière de drogue. En fait, certains auteurs¹³¹ arguent qu'il y a en fait 26 politiques en matière de drogue en Suisse, une pour chaque canton et demi-canton. Cette diversité cantonale est parfois occultée puisque les médias et la littérature portent un intérêt particulier aux «scènes ouvertes» à Zurich et à la prescription médicale d'héroïne chez les personnes gravement dépendantes, pratique entérinée par la Confédération suisse. ¹³²

Une politique de réduction des risques

L'histoire récente de la politique suisse en matière de drogue débute vers la fin des années 1960 avec une hausse marquée de la consommation de substances psychoactives. Un premier modèle, fondé sur trois piliers, a alors été élaboré et mis en œuvre par les cantons. Les trois piliers étaient les suivants :

¹²⁹ Cette section s'inspire notamment du rapport d'étude préparé par la Bibliothèque du Parlement à la demande du Comité : Collin, C., (2002) *Politique nationale en matière de drogues : la Suisse.* Ottawa : Bibliothèque du Parlement, rapport préparé pour le Comité spécial du Sénat sur les drogues illicites. Disponible en ligne à l'adresse : www.parl.gc.ca/drogues-illicites.asp

¹³⁰ Ce terme désigne l'état fédéral.

¹³¹ Boggio, Y. et coll., (1997) Apprendre à gérer : La politique suisse en matière de drogue, Genève : Georg.

¹³² *Ibid.*, page 38.

- La répression du trafic et de la consommation de drogue ;
- Des mesures de prévention auprès des jeunes ; et
- La thérapie axée sur l'abstinence, dont les programmes avec la méthadone faisaient déjà partie. 133

Au début des années 1980, la Suisse a été touchée, comme plusieurs autres pays, par l'épidémie du VIH/sida. Des «scènes ouvertes» de la drogue existaient dans certaines villes suisses: Zurich, Berne, Olten et Soleure, rendant plus visible la misère des toxicomanes et contribuant à l'insécurité des populations. Des services publics et sociaux ont été mis en place pour aider les toxicomanes et les protéger du VIH et du sida. Des seringues stériles étaient distribuées aux toxicomanes et on les encourageait à recevoir le vaccin contre l'hépatite. L'Office fédéral de la santé publique (OFSP) soutenait et soutient toujours plusieurs de ces services, justifiant son soutien par la nécessité de prévenir la propagation du sida. Cependant, les grands piliers de la politique officielle demeuraient la prévention, la thérapie et la répression.

Les années 1990 ont vu l'introduction de mesures visant à réduire les problèmes de drogue et l'adoption d'une nouvelle stratégie à l'échelle nationale, à laquelle est venu s'ajouter le pilier de la réduction des risques pour créer le modèle des quatre piliers. Le rôle de la Confédération en matière de drogue se précise alors de plus en plus : soutenir les efforts des cantons, des villes et communes et des organisations privées en leur offrant des informations de référence et des connaissances scientifiques et en développant le savoir-faire des professionnels.

Le 20 février 1991, le gouvernement suisse a adopté un programme de mesures fédérales pour réduire les problèmes de la drogue¹³⁴; aujourd'hui connu sous le nom de « ProMeDro »¹³⁵, ce programme s'inspirait du concept de la réduction des risques. Il avait pour objectifs :

- Diminuer l'entrée dans la consommation de drogue et d'éviter l'évolution vers une dépendance ;
- Améliorer les possibilités de sortie de la toxicomanie (thérapie et réintégration); et

¹⁵³ Office fédéral de la santé publique, *La politique en matière de drogue*, septembre 2000, disponible en ligne à l'adresse http://www.bag.admin.ch/sucht/f/index.htm.

¹³⁴ Office fédéral de la santé publique, Mesures fédérales pour réduire les problèmes de la drogue, Document de base de l'Office fédéral de la santé publique, Décision du Conseil fédéral du 20 février 1991, Doc. no 3.4.1f.

¹³⁵ L'acronyme «MaPaDro » était utilisé en référence au programme de mesures fédérales au cours de la période 1990-1996. L'acronyme «ProMeDro » est utilisé en référence au programme de mesures fédérales pour la période 1997-2002. Afin d'éviter toute confusion, «ProMeDro » est utilisé tout au long du présent document.

• Améliorer les conditions de vie et de santé des usagers de drogues, de réduire les risques et de maintenir leur intégration sociale ¹³⁶.

Pour ce faire, on prévoyait :

- Des mesures de prévention primaire et secondaire auprès des jeunes et des campagnes de sensibilisation, afin d'éviter que de nouvelles personnes commencent à consommer de la drogue;
- La prise en charge et la thérapie, afin de faciliter la sortie de la drogue ;
- Des mesures de réduction des risques, de prévention du sida et d'aide à la réinsertion, afin de permettre aux personnes dépendantes de traverser leur phase de toxicomanie dans les conditions de santé les moins mauvaises possibles et de veiller à ce que le chemin de la sortie de la drogue reste ouvert;
- Des mesures de formation continue et de perfectionnement à l'intention des professionnels (p. ex. exécution des peines et mesures, hôpitaux, pharmacies, médecins de famille, services sociaux, etc.) et des personnes exerçant une fonction de médiateurs (p. ex. enseignants, animateurs de groupes de jeunes, personnel d'entreprises, parents, etc.);
- Le développement, la coordination et la systématisation de la recherche scientifique dans le domaine de la drogue;
- L'évaluation des projets et des mesures dans les domaines de la prévention, de la prise en charge et du traitement, afin de préciser les lacunes et les insuffisances, mais aussi de mettre en évidence les effets positifs de ces interventions;
- Le développement des prestations de services de documentation et d'information habituellement fournies par la Confédération; et
- La coordination des mesures prises par la Confédération.

Ces mesures marquent l'introduction en Suisse de la politique des quatre piliers, qui englobe la prévention, la répression, la thérapie et la réduction des risques. Entre 1991 et 1999, l'OFSP a lancé ou, du moins, appuyé environ 300 projets et programmes dans le cadre de «ProMeDro » pour des montants annuels de 15 millions de francs.

Entre autres, le Conseil fédéral a commandé une étude concernant la prescription médicale d'héroïne aux toxicomanes souffrant d'une grave dépendance à cette drogue et pour lesquels d'autres formes de traitement n'avaient pas eu de succès. En 1992, le Conseil a adopté une ordonnance autorisant des essais cliniques de prescription médicale d'héroïne et demandant une stricte évaluation scientifique de ces essais. Ces

¹³⁶ Office fédéral de la santé publique, Programme de mesures de santé publique de la Confédération en vue de réduire les problèmes de drogue (ProMeDro) 1998-2002, octobre 1998.

essais ont débuté en 1994 et pris fin le 31 décembre 1996. Un rapport final d'évaluation, publié en juillet 1997, conclut que :

- Le traitement avec prescription d'héroïne suivi par des personnes gravement dépendantes de cette substance avait eu un impact positif sur la santé physique ou psychique, ou les deux, et sur la qualité de vie (logement, travail, etc.) des participants ;
- Leur consommation illégale d'héroïne et de cocaïne avait reculé ; et
- Les participants avaient diminué leurs activités criminelles (très importante diminution des vols et délits contre la propriété et du trafic de stupéfiants). ¹³⁷

Suivant les recommandations du rapport, le Conseil fédéral suisse a adopté le 8 mars 1999, *l'Ordonnance sur la prescription médicale d'héroïne* qui autorisait le traitement avec prescription d'héroïne et définissait les objectifs, les critères d'admission, l'administration et l'institution d'un tel traitement.

Au cours de la même période, deux initiatives populaires adoptant des positions complètement opposées ont été proposées en 1993 et 1994. La première suggérait l'adoption d'une politique en matière de drogue exclusivement axée sur l'abstinence (Jeunesse sans drogue 138) et la deuxième proposait la légalisation des stupéfiants (DroLeg 139). Le gouvernement fédéral et le Parlement ont considéré ces deux initiatives populaires extrémistes et recommandé à la population suisse de les rejeter. Le 28 septembre 1997, les citoyens suisses ont voté contre «Jeunesse sans drogue » dans une majorité de plus 70 %. De même, le 29 novembre 1998, une majorité de plus de 74 % des votants a rejeté l'initiative DroLeg. En rejetant ces deux initiatives, la population suisse entérinait en quelque sorte l'approche plus mesurée suivie par la Confédération.

Entre le lancement de ces initiatives populaires et leur refus par vote populaire, certains événements importants ont aussi influencé l'évolution de la politique suisse en matière de drogue. En 1994, la violence sur les « scènes ouvertes de la drogue », entre autres du Letten à Zurich, fit la une des médias de par le monde. Certains partis gouvernementaux (socialiste, démocrate-chrétien et radical) ont alors demandé une dépénalisation de l'usage de drogue, l'accroissement du traitement avec prescription d'héroïne, le renforcement des mesures de prévention et le durcissement des peines à l'égard de ceux qui font le trafic de stupéfiants. La scène ouverte de la drogue à

¹³⁷ Aebi, M.F., Killias, M. et D. Ribeau, (1999) «Prescription médicale de stupéfiants et délinquance : Résultats des essais suisses », *Criminologie*, vol. 32, nº 2, p. 127-148; voir aussi le témoignage du professeur Ambros Uchtenhagen, Comité spécial du Sénat sur les drogues illicites, Sénat du Canada, première session de la trente-septième législature, 4 février 2002, fascicule 13.

Pour plus d'information sur cette initiative, voir le site Web de Jeunesse sans drogue à l'adresse http://www.jod.ch/f fr index.htm.

Pour plus d'information sur cette initiative, voir le site Web de DroLeg à l'adresse www.droleg.ch.
 Office fédéral de la santé publique (2000), op.cit, p. 10.

Zurich a été fermée en 1995. ¹⁴¹ Cette fermeture a amené la naissance d'une nouvelle collaboration entre le Conseil fédéral, les représentants du canton et de la ville de Zurich. Un groupe de travail mixte a été formé: la Délégation drogue. Cette collaboration inhabituelle a permis la mise en place de mesures qui n'auraient pas vu le jour dans un contexte plus traditionnel: la création de places de prison à Zurich pour les trafiquants de drogue, l'adoption de mesures fédérales urgentes afin d'accroître la possibilité pour les toxicomanes de participer à un programme de prescription médicale d'héroïne et la création de centres d'accueil pour recevoir et accompagner les personnes les plus gravement dépendantes. ¹⁴² Les scènes ouvertes de drogue appartiennent aujourd'hui au passé.

Enfin, en octobre 1998, le Programme de mesures de santé publique en vue de réduire les problèmes de drogue (ProMeDro) a été reconduit pour une période de quatre ans. La Confédération a alloué un budget de 18 millions de francs par année afin de réaliser ce programme, à quoi s'ajoutent 15 postes de collaborateurs de l'Office fédéral de la santé publique. 143 Les principales priorités de ProMeDro pour la période 1998-2002 sont les suivantes :

- Accroître l'engagement de la Confédération en matière de prévention primaire et secondaire et d'intervention précoce pour éviter une évolution vers la toxicomanie;
- Consolider l'offre de thérapies en tant que système coordonné, assurant mieux les possibilités pour une sortie de la dépendance;
- Consolider l'offre de mesures de réduction des risques et de maintien de l'intégration sociale;
- Installation et fonctionnement efficace d'un observatoire de «monitoring épidémiologique » national sur le modèle des «focal points REITOX » de l'Observatoire européen des drogues et des toxicomanies⁽¹⁴⁴⁾
- Transmission effective des résultats des études épidémiologiques, des recherches scientifiques et des évaluations en matière de toxicomanie à l'intention des spécialistes et des décideurs;
- Installation d'un processus de promotion et de gestion de la qualité, commun à l'ensemble de ProMeDro, adapté selon les domaines, utile à plus de la moitié des institutions du domaine de la toxicomanie et des

¹⁴¹ Voir le témoignage du Chef de la police criminelle de Zurick, Comité spécial du Sénat sur les drogues illicites, Sénat du Canada, première session de la trente-septième législature, 4 février 2002, fascicule 13.

¹⁴² Boggio, et coll., (1997) op. at., page 75-80.

¹⁴³ OFSP (1998) op. cit., page 5.

L'OEDT coordonne un réseau de 15 centres d'information, ou points focaux nationaux, situés dans chacun des États membres. Pour plus d'information voir le site Web de l'OEDT à l'adresse http://www.emcdda.org/mlp/ms_fr-4.shtml

décideurs concernés et utilisé par ces institutions et décideurs (Confédération, cantons, communes, institutions privées);

 Optimiser le fonctionnement coordonné et opérationnel des diverses commissions et plates-formes, principalement de la Conférence des Délégués cantonaux aux problèmes de Toxicomanie et du Comité national de liaison en matière de drogue. 145; 146

La Confédération confirmait ainsi son rôle de plaque tournante de la politique en matière de drogue et de la collaboration à l'échelle nationale.

Premier pilier: la prévention

Les mesures de prévention visent principalement trois objectifs :

- Éviter que les individus, en particulier les enfants et les jeunes, consomment de la drogue;
- Éviter que les problèmes et les effets néfastes liés à la consommation de drogue se répercutent sur l'individu et la société;
- Éviter que les individus passent de la simple consommation de drogue à une consommation abusive et à la dépendance, avec les graves conséquences que l'on sait.

Il faut souligner que le changement le plus notable dans le domaine de la prévention est le passage d'une conception de la prévention visant à empêcher la première consommation de drogue à une conception qui cible plutôt la prévention des problèmes sanitaires et sociaux liés à la consommation de drogue et qui intègre è réseau social et l'environnement de la personne.

Deuxième pilier : la thérapie

En Suisse, plusieurs formes de traitements résidentiels et ambulatoires sont disponibles aux personnes qui ont un problème de dépendance à la drogue. Les objectifs poursuivis par le traitement incluent :

- Sortir les toxicomanes de la dépendance ;
- Oeuvrer à leur réinsertion sociale ; et
- Améliorer leur santé physique et mentale.¹⁴⁷

¹⁴⁵ La Conférence des délégués cantonaux se réunit en général quatre fois par an. Elle coordonne des mesures relevant du domaine des toxicomanies, établit un programme annuel et catalogue des priorités ; vise à l'échange d'informations; débat et adopte des prises de position et répond aux consultations ; définit et discute des questions connexes ; et offre des sessions de perfectionnement. Voir http://www.infoset.ch/inst/kkbs/f-statuten.html. Le comité national est formé de représentants des autorités des villes, des cantons et de la Confédération. Son rôle est d'assurer le suivi des mesures mises en œuvre et veiller à leur harmonisation.

¹⁴⁶ OFSP (1998) op. cit., pages 6-7.

¹⁴⁷ *Ibid.*, page 16.

Comme il a été mentionné plus tôt, le traitement avec prescription d'héroïne est une forme reconnue de thérapie en Suisse depuis 1999. À la fin de 1999, on comptait déjà 1 650 places réservées aux personnes gravement dépendantes de l'héroïne, réparties dans 16 centres de traitement. De plus, à la même période, environ 50 % des personnes dépendantes des opiacés (population estimée à 30 000 personnes) suivaient un traitement avec prescription de méthadone, comparativement à 728 personnes qui suivaient un tel traitement en 1979. Les personnes dépendantes d'une ou de plusieurs drogues ont également accès à des thérapies résidentielles axées sur l'abstinence, à un nombre limité de places dans des centres de transition, des unités ou cliniques spécialisées de sevrage et au sein d'institutions thérapeutiques, ainsi qu'à des centres de consultations ambulatoires. Les mars 1999, on comptait 100 institutions offrant des thérapies résidentielles axées sur le sevrage et la réhabilitation en Suisse, pour un total de 1 750 places. Les

Troisième pilier : la réduction des risques

Les premières institutions, dites «à bas seuil », d'aide à la survie ont fait leur apparition en Suisse dès le milieu des années 1980 et avaient pour but de réduire les risques et les conséquences qu'entraîne la dépendance au niveau sanitaire et social. Ces institutions offraient d'abord un toit au toxicomane et étaient souvent dotées d'une cafétéria, de salles de douches et d'une buanderie. La personne dépendante pouvait aussi y trouver une oreille attentive et un interlocuteur pour dialoguer. Ces mesures d'aide à la survie ont évolué depuis une dizaine d'années et englobent aujourd'hui les appuis médicaux à la réduction des risques (p. ex. prévention du sida et d'autres infections, distributeurs de seringues, dispensaires de soins médicaux ambulatoires, etc.) et les appuis sociaux (travail de rue, soupes populaires, centres d'hébergement d'urgence, centre d'accueil à bas seuil, etc.). L'Office fédéral de la santé publique soutient de nombreux projets de réduction des risques dans le cadre de ProMeDro. Entre autres:

- La distribution de seringues aux toxicomanes et en milieu carcéral;
- Des locaux d'injection (un avis de droit établit leur légalité);
- Des offres d'emploi et de logement;
- Des services à l'intention des femmes qui se prostituent pour se procurer de la drogue ; et
- Des services de consultation pour les enfants de parents toxicomanes. 150

Par ailleurs, les cantons, les communes et les institutions privées offrent également de telles mesures. L'OFSP a aussi créé en 1995 un service central chargé de

¹⁴⁸ Ibid., pages 16-17.

Office fédéral de la santé publique (1999) The Swiss drug policy: A fourfold approach with special consideration of the medical prescription of narcotics, p. 7.

¹⁵⁰ Boggio et coll, (1997) op. cit., page 19.

soutenir certaines institutions d'aide sociale, notamment celles à bas seuil, et de conseiller les cantons, les communes et les institutions privées en matière de planification et de financement de mesures visant la réduction des risques. Les toxicomanes ont accès à ces mesures sans avoir à remplir de conditions particulières. Le but de ces services, dits de réduction des risques, est de faire en sorte que le toxicomane subisse le moins de conséquences possibles liées à sa consommation et de lui permettre de reprendre une existence normale. En outre, ces mesures visent à préserver les chances de sortie de la drogue, voire de les augmenter. ¹⁵¹

Ouatrième pilier: la répression

La répression vise principalement à réduire l'offre et à lutter contre le trafic de stupéfiants, les opérations financières illégales liées à ce trafic (p. ex. blanchiment d'argent) et le crime organisé. Les consommateurs ne sont pas la cible prioritaire des opérations policières en Suisse. L'application de la Loi fédérale sur les stupéfiants relève en grande partie de la compétence des cantons, même si la Confédération exerce la haute surveillance et peut ordonner et mener des enquêtes policières en matière de trafic de drogue. Il faut noter que les lois cantonales et communales en matière d'exercice des fonctions des forces de l'ordre diffèrent et donnent parfois lieu à des interventions dépareillées. Par ailleurs, le milieu des drogues évolue rapidement et les méthodes de lutte contre les problèmes liés à la drogue s'améliorent et s'adaptent à ce milieu. 152 Parmi ces méthodes, on trouve:

- La concentration de la répression sur la production de drogue, le trafic et le blanchiment d'argent;
- Un plus grand nombre de «policiers de la drogue » et un plus grand recours à des spécialistes d'autres secteurs (professionnels de la finance);
- La collaboration intercantonale et internationale (accords avec les polices des pays limitrophes);
- L'accélération et l'amélioration du traitement de l'information (systèmes en réseau et accès à des réseaux des corps policiers de plusieurs pays d'Europe);
- L'intensification de la collaboration entre les services de police et le secteur privé (banques, industries chimiques, etc.);
- L'amélioration de l'efficacité de la police et le recours accru à des fonctionnaires de liaison sur le terrain;
- Le renforcement du dispositif légal (p. ex. lois sur la police, protection des témoins). 153

¹⁵¹ *Ibid.*, pages 18-19.

¹⁵² *Ibid.*, pages 20-21.

¹⁵³ *Ibid.*, page 21.

Évolution du régime juridique

L'histoire des mesures législatives régissant les stupéfiants en Suisse, comme dans bien d'autres pays, s'aligne en grande partie sur l'évolution des conventions internationales. Par exemple, la Loi sur les stupéfiants de 1924 avait été adoptée pour répondre aux engagements que la Suisse avait pris en signant la Convention internationale de l'opium de 1912. Cette loi interdisait certains stupéfiants tels que l'opium, les feuilles de coca, la morphine, l'héroïne, la cocaïne et leurs dérivés. L'adhésion de la Suisse à d'autres conventions et l'expérience tirée de l'application de la loi de 1924 mena à une révision totale et à l'adoption de la Loi fédérale sur les stupéfiants (LStup) du 3 octobre 1951. Cette loi interdisait la culture, la fabrication, la vente, la distribution et la détention d'opiacés, de produits dérivés du coca et du cannabis. Elle avait pour objectif, d'une part, de réglementer l'utilisation de stupéfiants à des fins médicales et, d'autre part, de lutter contre l'abus et le trafic illicite de stupéfiants. La LStup fut légèrement modifiée en 1970 suite à l'adhésion de la Suisse à la Convention unique sur les stupéfiants de 1961.

En fait jusqu'aux années 1960, la *Loi* répondait principalement aux engagements de la Suisse par rapport aux conventions internationales, car la consommation de stupéfiants était relativement marginale et il n'y avait à proprement parler aucun problème d'abus de stupéfiants qui pouvait justifier le besoin d'une loi spécialisée. Par ailleurs, le Conseil fédéral avait reconnu dès 1951 que la toxicodépendance était une pathologie grave qui ne devrait pas donner lieu à des poursuites au titre de crime ou d'infraction. Avec l'apparition de problèmes liés à la drogue au début des années 1970, le législateur a révisé la *Loi* en 1975 de manière à permettre l'application de mesures médico-sociales et d'assistance aux personnes dépendantes de stupéfiants, une pénalisation adaptée de la consommation et le renforcement des dispositions pénales contre le trafic illicite de stupéfiants. 154

Par suite de l'adhésion de la Suisse à la Convention des Nations Unies sur les substances psychotropes de 1971, à la modification de la Convention unique de 1972 et de la mise en place de la Convention internationale de 1988 contre le trafic illicite de stupéfiants et substances psychotropes (cette convention n'a pas encore été ratifiée par la Suisse), le législateur a révisé la LStup en 1996. Le contrôle des précurseurs – c'est-à-dire des substances servant à la fabrication de stupéfiants – était désormais prévu par la loi. Sont depuis considérés comme stupéfiants au sens de la LStup «les substances et les préparations ayant des effets du type morphinique, cocaïnique et cannabique et qui engendrent la dépendance (toxicomanie) » (LStup, art. 1). 155 La liste des substances est aujourd'hui établie par l'Institut suisse des produits thérapeutiques. 156

En ce qui a trait à la fabrication, à la distribution, à l'acquisition et à l'utilisation des stupéfiants, la loi actuelle prévoit que les stupéfiants et substances psychotropes ne

¹⁵⁴ Conseil fédéral suisse, Message concernant la révision de la loi sur les stupéfiants du 9 mars 2001.

¹⁵⁵ Loi fédérale sur les stupéfiants et les substances psychotropes du 3 octobre 1951. (État le 27 novembre 2001) disponible en ligne à l'adresse http://www.admin.ch/ch/f/rs/812 121/index.html#fn1
156 Nouvelle dénomination sur les produits thérapeutiques, en vigueur depuis le 1er janvier 2002.

peuvent être cultivés, fabriqués, préparés ou commercialisés sans l'autorisation des cantons, selon les conditions arrêtées par le Conseil fédéral (LStup, art. 4). Par ailleurs, «un permis spécial de l'Office fédéral de la santé publique est requis pour toute importation et exportation de stupéfiants soumis au contrôle » (LStup, art. 5). De plus, selon l'article 8 de la LStup, certains stupéfiants « ne peuvent être ni cultivés, ni importés, ni fabriqués ou mis dans le commerce ». Il s'agit de l'opium à fumer, de l'héroïne, des hallucinogènes (tels que le LSD) et du chanvre en vue d'en extraire des stupéfiants et le hachisch. L'article 8 prévoit également les conditions régissant le traitement des personnes toxicodépendantes au moyen de certains stupéfiants.

La loi actuelle prévoit aussi certaines dispositions pénales pour celui, qui sans droit, cultive, fabrique, extrait, transforme ou prépare des stupéfiants et celui; en dehors des cas autorisés, entrepose, expédie, transporte, importe, exporte, offre, distribue, vend, etc., ou achète, détient, possède ou acquiert d'une autre manière des stupéfiants, ainsi que pour celui qui finance un trafic illicite de stupéfiants, sert d'intermédiaire ou provoque à la consommation (LStup, art. 19). Les contrevenants à l'article 19 sont passibles d'emprisonnement ou d'une amende selon la gravité de l'acte commis, telle que définie par la LStup. La consommation intentionnelle de stupéfiants ou la commission d'une infraction à l'article 19 pour assurer sa propre consommation est passible des arrêts ou de l'amende (LStup, art. 19a). Dans les cas bénins, l'autorité compétente peut suspendre la procédure ou renoncer à infliger une peine; une réprimande peut être prononcée (LStup, art. 19a 2). Cependant, la préparation de stupéfiants pour sa propre consommation ou afin d'en partager la consommation avec des tiers sans aucun frais n'est pas punissable lorsqu'il est question de quantités minimes (LStup, art. 19b). Enfin, celui qui décide ou tente de décider une personne à consommer des stupéfiants est également passible des arrêts et de l'amende (LStup, art. 19c).

Un projet de dépénalisation du cannabis 157

Le Conseil fédéral suisse a récemment soumis à l'attention du Parlement, des cantons et de la population un important projet de révision fondamentale de la LStup. Ce projet, qui doit passer les diverses étapes des consultations cantonales et nationales, repose sur le constat, qui rejoint nos propres conclusions :

« (...) en ce qui concerne le cannabis, l'abîme est grand entre la réalité vécue, les dispositions légales et leur application. Comme la Commission fédérale pour les questions reliées à la drogue l'indique dans son rapport sur le cannabis, le régime d'interdiction n'empêche pas la consommation de cannabis et les consommateurs de cannabis ont tendance à ne plus se considérer comme des consommateurs de drogues. Les risques que présente le cannabis pour la santé publique doivent être appréciés autrement que le législateur ne l'a fait en 1975.

À l'époque, le cannabis était considéré comme une drogue d'entrée dans la toxicomanie. On pensait que les propriétés pharmacologiques du cannabis avaient pour caractéristique de pousser les jeunes consommateurs de cannabis vers la consommation d'opiacés ou d'amphétamines. Cette conception a été réfutée dès le rapport de 1989 de la sous-commission de la Commission fédérale des stupéfiants.

Les recherches les plus récentes confortent les résultats obtenus jusqu'ici, selon lesquels les effets du cannabis sont moins dangereux pour la santé que les effets liés à l'alcoolisme ou au tabagisme. (...)
(...)

Le nombre des consommateurs des dérivés du cannabis a augmenté. En 1992, selon l'Enquête suisse de santé de l'Office fédéral de la statistique, 16,3 % des jeunes Suisses âgés de 15 à 35 ans ont indique avoir déjà consommé du haschisch au moins une fois dans leur vie. En 1997, ils étaient 26,7 % à donner la même réponse. Tous les pays de l'OCDE constatent la même tendance. Ainsi, aux États-Unis par exemple, la prévalence à vie de la consommation de cannabis chez les personnes âgées de 18 ans est passée de 32,6 % en 1992 à 49,6 % en 1997. » 158

Le projet de révision sur le cannabis repose aussi sur le constat, **que nous partageons entièrement**, que «la littérature scientifique disponible ne permet pas d'établir un rapport entre la sévérité de la législation et la prévalence à vie de la consommation de cannabis ». ¹⁵⁹ Il souligne aussi que :

« Les faiblesses de la loi actuelle apparaissent au grand jour dès qu'il s'agit de lutter contre la culture du chanvre servant à la production de stupéfiants et contre la production et la vente de produits à base de cannabis. Dans ce domaine, l'application de la loi est très hétérogène et fort onéreuse; il en résulte un marché gros très difficile à contrôler, qui s'est ramifié au-delà de nos frontières. D'ailleurs, la nécessité de réviser les dispositions applicables en la matière n'est pour ainsi dire pas contestée. » 160

La révision de la loi vise donc notamment à :

¹⁵⁷ Voir le témoignage de Mme Diane Steber Büchli, Office fédéral de la Santé publique de Suisse devant le Comité spécial du Sénat sur les drogues illicites, Sénat du Canada, première session de la trente-septième législature, 4 février 2002, fascicule 13.

¹⁵⁸ Conseil fédéral suisse (2001) Message concernant la révision de la loi sur les stupéfiants, page 3554-3555.

¹⁵⁹ *Ibid.*, page 3560.

¹⁶⁰ *Ibid.*, page 3540.

- Adapter la loi à a réalité ;
- Dépénaliser la consommation de cannabis et ses actes préparatoires ;
- Renforcer la protection de la jeunesse;
- Réglementer la culture, la fabrication et le commerce du cannabis ;
- Restreindre l'obligation de poursuivre ;
- Renforcer la répression dans certains domaines de manière ciblée. 161

Plus précisément, le projet prévoit (art. 19c) la dépénalisation de la consommation de stupéfiants à effet de type cannabique ainsi que les actes préparatoires à la consommation personnelle commis sans donner à un tiers la possibilité d'en consommer. Bien que le projet ne précise pas les limites spécifiques aux quantités – il reviendrait aux tribunaux de déterminer si les quantités justifient la consommation personnelle – la documentation gouvernementale suggère néanmoins qu'aux fins de possession et de culture pour usage personnel, les quantités retenues seraient de 30 grammes et de dix plantes de taille moyenne respectivement. Le document précise aussi que les quantités varieraient selon la personne mise en cause, l'usage, etc. 162

L'article 19d attribue au Conseil fédéral le pouvoir – et non l'obligation – de fixer des priorités dans la poursuite pénale. Selon ce principe le Conseil fédéral, en consultation avec les cantons, fixerait les conditions de limitation des poursuites pénales, pour autant qu'elles s'inscrivent à l'intérieur des balises décrites au paragraphe suivant. 163

Si le Conseil fédéral use de son pouvoir en vertu de l'article 19d, l'article 19f définit les conditions sous lesquelles la culture, la fabrication et le commerce de chanvre et de ses dérivés serait permise. La distribution ne fera pas l'objet de poursuite s'il n'y a pas vente aux personnes de moins de 18 ans, le produit ne présente pas un risque sérieux pour la santé, l'ordre public est maintenu, il ne se fait aucune publicité, etc. et se conforme à des critères rigoureux de résidence et d'âge. Les producteurs doivent se soumettre aussi à un ensemble de règles strictes : ne produire que pour des points de vente sis en Suisse et être en mesure d'en faire la preuve ; notifier les autorités sur toutes les cultures, (avec indication des espèces, de la superficie, du lieu, des destinataires, etc.) ; et spécifier la teneur en THC. Le Conseil fédéral peut établir des règles sur la dimension et la conformation des zones de culture, le nombre de centres de distribution, etc. Les cantons seraient aussi autorisés à adopter des règles plus strictes, notamment sur les zones cultivées et les centres de distribution. 164

Le Conseil a demandé des avis juridiques sur la compatibilité de ces propositions avec les trois conventions internationales. 165 Les deux avis s'entendent sur la

¹⁶¹ *Ibid.*, page 3556.

¹⁶² Ibid., pages 3596-3597.

¹⁶³ *Ibid.*, page3598.

¹⁶⁴ Ibid., page 3600.

¹⁶⁵ Nous avons déjà présenté, au chapitre 19, les conclusions d'un des experts consultés.

conformité de la décriminalisation de l'usage personnel et des actes afférents en vertu des conventions. De plus, la limitation des poursuites pénales pour la culture, la production et la distribution serait aussi en conformité. Le *Message* du Conseil fédéral conclut que :

« Les deux avis de droit en arrivent pour l'essentiel aux mêmes conclusions. La seule différence réside dans la question de savoir si, dans le cas où la limitation de poursuite pénale dans les domaines de la culture du cannabis et de la fabrication et du commerce de produits du cannabis serait introduite, les dispositions sont suffisantes ou si elles devraient être complétées par un système de licence. À ce propose, il y a lieu de remarquer que les Pays-Bas connaissent également une limitation partielle de l'obligation de poursuivre dans les domaines cités et qu'ils n'ont pas introduit un système de licence. Or le système hollandais n'a encore jamais été contesté dans son principe comme étant incompatible avec les conventions de l'ONU.»

Administration de la politique suisse en matière de drogue

La Confédération est la plaque tournante de la politique en matière de drogue en Suisse, de la coordination et de l'harmonisation des différentes politiques et mesures mises en œuvre par les cantons, les villes, les communes et les institutions privées. Selon l'article 15c de la LStup, les tâches suivantes incombent à la Confédération:

- ¹ La Confédération encourage, par l'octroi de subventions ou par d'autres mesures, la recherche scientifique sur les effets des stupéfiants, les causes et les conséquences de leur abus et les moyens de le combattre.
- ² Le Conseil fédéral définit les modalités relatives à l'octroi et au calcul des subventions et en fixe le montant.
- ³ La Confédération prête ses services aux cantons et aux organisations privées pour l'exécution de la loi. Elle crée, notamment, un office de documentation, d'information et de coordination et encourage la formation du personnel spécialisé dans le traitement de personnes dépendantes. Le Conseil fédéral en règle les modalités.

Selon l'article 15a, les tâches suivantes incombent aux cantons :

¹⁶⁶ Conseil fédéral, ibid., page 3621.

- ¹ Pour prévenir l'abus des stupéfiants, les cantons encouragent l'information et les consultations et créent les institutions nécessaires à cet effet.
- ² Les cantons pourvoient à la protection des personnes dont l'état requiert un traitement médical ou des mesures d'assistance en raison d'un abus de stupéfiants et favorisent la réintégration professionnelle et sociale de ces personnes.
- ³ Les autorités compétentes peuvent déléguer certaines tâches et attributions à des organisations privées.
- ⁴ Les cantons peuvent interdire l'acquisition de stupéfiants. Ils notifient leurs décisions à l'Office fédéral de la santé publique. Celui-ci en informe les autorités anitaires des autres cantons, à l'intention des médecins et des pharmaciens.
- ⁵ Les cantons soumettent à une autorisation spéciale la prescription, la dispensation et l'administration des stupéfiants destinés au traitement des personnes dépendantes.
- ⁶ Lorsque, du fait de sa dépendance, une personne pourrait constituer un danger pour la circulation publique, le service qui en a connaissance avise l'office compétent en la matière.

L'application de la LStup relève, en principe, de la compétence des cantons, puisque la procédure pénale est de leur ressort. Une procédure pénale au niveau cantonal se déroule généralement en plusieurs étapes : enquête de la police, instruction judiciaire, décision de non-lieu ou de renvoi devant le tribunal et décision du tribunal. Dans les cas de peu de gravité, punissables d'une amende ou des arrêts, comme c'est le cas de plusieurs infractions à la LStup, une décision pénale peut être prononcée par une autorité administrative (p. ex., le préfet). L'intéressé a cependant le droit de s'opposer à un tel type d'autorité et d'être jugé par un tribunal, généralement un tribunal de police constitué par le Président (juriste), qui siège seul. Les cas de gravité moyenne sont généralement jugés par un tribunal de district (tribunal correctionnel), présidé par un juge professionnel juriste, assisté par des juges laïcs. Enfin, les délits les plus graves sont entendus par des cours d'assises composées au moins d'un président juriste et d'un jury de citoyens. Toutefois, puisque ce genre de procédure est long, compliquéet coûteux, la plupart des cantons tendent à remplacer les cours d'assises soit par les

tribunaux de district, soit par un tribunal supérieur formé de juges permanents (tribunal criminel). 167

Par ailleurs, la Confédération joue également un rôle dans la lutte contre le trafic de drogue puisqu'en vertu de l'article 29 de la LStup, l'Office fédéral de la police (OFP) est l'office central suisse chargé de réprimer le trafic illicite des stupéfiants. L'OFP recueille les renseignements propres à prévenir les infractions à la LStup et à faciliter la poursuite des délinquants. Pour l'exécution de ces tâches, l'Office est en rapport avec d'autres offices intéressés de l'administration fédérale (Office de la santé publique, Direction générale des douanes, la direction générale de la Poste Suisse, les autorités cantonales de police, les offices centraux des autres pays et l'Organisation internationale de police criminelle (Interpol). L'OFP constitue pour ses partenaires cantonaux et internationaux un pôle d'information, de coordination et d'analyse dans le domaine de la sûreté intérieure suisse. 168 Depuis 1996, après une phase d'essai, l'Office exploite une banque de données en matière de drogue - DOSIS. Cette banque de données est un outil précieux pour les cantons. Les brigades cantonales des stupéfiants sont raccordées au système et peuvent accéder directement à DOSIS puisqu'ils leur incombent, de même qu'à l'OFP, d'y enregistrer des informations. Ce système favorise ainsi la collaboration entre l'OFP et les autorités cantonales de police. Les informations enregistrées dans le système ne concernent que le commerce illicite de stupéfiants; les données relatives à de simples consommateurs de drogue en sont exclues. 169

Statistiques sur l'usage de stupéfiants et les infractions à la LStup

Cette section reprend divers passages d'une publication de l'OFP intitulée Situation Suisse: Rapport de situation 2000¹⁷⁰, préparée par le Service d'analyse et de prévention à titre de produit de transition, puisqu'un rapport exhaustif sera publié en 2002. Par ailleurs, il faut noter que les statistiques rapportées dans ce rapport présentent des lacunes méthodologiques. D'une part, la Suisse est un État fédéral qui compte 26 entités cantonales (cantons et demi-cantons), et les infractions ne sont pas enregistrées et comptabilisées selon les mêmes critères dans tous les cantons. D'autre part, la statistique ne permet pas de contrôler le phénomène de double comptage ou de comptage multiple, car certains suspects peuvent se manifester à plusieurs reprises

http://www.bap.admin.ch/f/index.htm.

¹⁶⁷ Tribunal fédéral, L'organisation judiciaire en Suisse, disponible en ligne à l'adresse :

http://www.bger.ch/index.cfm?language=french&area=Federal&theme=system&page=content&maskid=195

108 Office fédéral de la police, *Un aperçu de l'OFP*, disponible en ligne à l'adresse

¹⁶⁹ Office fédéral de la police, Exploitation définitive de la banque de données en matière de drogue DOSIS, 26 juin 1996, disponible en ligne à l'adresse http://www.bap.admin.ch/f/index.htm.

Office fédéral de la police, Situation Suisse: Rapport de situation 2000, Service d'analyse et de prévention, 2001, disponible en ligne à l'adresse http://www.bap.admin.ch/f/index.htm.

durant la même année ou dans divers cantons. Enfin, seule une partie des actes criminels visés par le code pénal sont pris en compte. 171

Usage

Voici les tendances observées dans ce rapport en 2000 :

- Forte augmentation de la consommation de marijuana;
- Forte augmentation de la consommation de cocaïne ;
- Forte augmentation de la polytoxicomanie (consommation de plusieurs sortes de stupéfiants) ;
- Forte augmentation de la consommation de drogues de synthèse (amphétamines et méthamphétamines) les pilules thaïes ¹⁷² sont devenues la drogue à la mode ;
- Tendance à la baisse de la consommation d'héroïne par injection;
- Quasi-inexistence de scènes ouvertes de la drogue dans les villes suisses ;
- 205 décès dus à la drogue et enregistrés par la police (on en comptait 405 en 1991) les plus de 27 ans constituent le groupe d'âge le plus touché chez les hommes comme les femmes ; Zurich et Berne sont les cantons les plus touchés avec respectivement 50 et 36 décès dus à la drogue ; et
- Les 18 à 24 ans demeurent le groupe d'âge le plus fréquent en ce qui concerne la consommation de marijuana, de haschich et d'hallucinogènes et les plus de 30 ans, en ce qui concerne la cocaïne et l'héroïne. 173

Infractions

Pour ce qui est des infractions à la LStup, le nombre de dénonciations s'élevait à 46 558 en 2000, une hausse par rapport à 44 307 en 1999. Il s'agit d'une hausse importante par rapport à 1990, année où on comptait 18 800 dénonciations. Une comparaison des dénonciations selon le type de délit entre 1997 et 2000 démontre que les dénonciations pour trafic, contrebande et délits mixtes présentent une tendance à la

¹⁷¹ *Ibid.*, page 7.

¹⁷² Selon un communiqué de l'Office fédéral de la police, les pilules thaïes renferment de la métamphétamine et leur structure est proche de celle de l'ecstasy. Elles proviennent de Thaïlande, où elles sont connues sous le nom de «Yaba» (drogue qui rend fou). Les tablettes sont marquées des deux lettres «WY» et sentent la vanille. La substance est généralement fumée, à l'aide d'une feuille d'aluminium, ou absorbée. Le risque de dépendance chez les personnes absorbant le produit en le fumant est au moins trois fois plus élevé que chez les consommateurs d'ecstasy. Cette drogue est un puissant excitant dont les effets peuvent être comparés à ceux du crack, à l'exception près qu'ils durent plus longtemps. La consommation de ces pilules peut provoquer des dommages physiques et psychiques irréparables (pertes de mémoire, dépressions). Elle peut également causer des hallucinations paranoïaques et des accès de violence et entraîne une dépendance psychique plus rapidement que l'ecstasy.

¹⁷³ OFSP (2000) op. cit., pages 17-37.

baisse, alors que les dénonciations pour consommation de stupéfiants ont augmenté, sauf en 1999. 174

En 2000, les dénonciations enregistrées pour trafic étaient au nombre de 3 021, un recul de 18,5 % par rapport à l'année précédente où l'on comptait 3 711 dénonciations. Certains cantons affichent cependant une hausse importante des dénonciations, en particulier Bâle-Ville qui présente une augmentation de 31 %. Le rapport invite à la prudence dans l'interprétation de ces données, suggérant que le recul des dénonciations n'est probablement pas dû à une amélioration de la situation dans les cantons concernés, mais à une baisse du mmbre de dénonciations effectuées par la police, baisse liée à l'étendue croissante des procédures d'enquête et à la mobilisation des effectifs policiers dans d'autres domaines. Il est important de souligner que sur un total de 3021 dénonciations pour trafic de stupéfiants, 78 % des auteurs des délits étaient étrangers et 22 %, suisses. En ce qui a trait au sexe des personnes dénoncées, 82 % étaient des hommes et 7 %, des femmes (sexe inconnu des 11 % restants). Chez les hommes, les 18 à 24 ans représentaient, avec 45 %, le groupe d'âge le plus représenté. Chez les femmes, c'est le groupe d'âge des plus de 30 ans qui vient en tête avec 56 %, suivi des 18 à 24 ans avec 27 %. ¹⁷⁵

¹⁷⁴ Ibid., pages 18-19.

¹⁷⁵ Ibid., pages 20-23.

L'AUSTRALIE¹⁷⁶

De façon générale, le cannabis était peu connu ou utilisé en Australie avant les années 1960. Néanmoins, les lois sur les drogues qui furent adoptées dans la majorité des États et des Territoires vers la fin des années 1800 et le début des années 1900 (principalement en raison du grand nombre de Chinois qui fumaient de l'opium) constituaient un cadre se prêtant bien à l'interdiction du cannabis. Les premières mesures australiennes visant à contrôler l'usage du cannabis font partie d'une loi adoptée en 1928 dans l'État de Victoria pour sanctionner l'usage non autorisé du chanvre indien et de la résine de chanvre indien. On adopta par la suite des lois semblables dans les autres États du Commonwealth. Les peines liées à la culture, à la possession et à l'usage de cannabis étaient en général plutôt sévères dans les années 1960 et 1970.¹⁷⁷

L'incitation à réviser les lois sur l'usage du cannabis en Australie-Méridionale découle des recommandations faites en 1979 dans le rapport de la *South Australian Royal Commission into the Non-Medical Use of Drugs.* ¹⁷⁸ On y recommande entre autres choses de ne pas assimiler la consommation à petite échelle de cannabis à une infraction criminelle. À l'appui de cette recommandation, la Commission royale mentionne plusieurs États d'outre-mer, y compris dix États américains, où une telle mesure a donné de bons résultats.

Stratégie nationale sur les drogues 179

Campagne nationale contre la toxicomanie (1985-1992)

Lancée en 1985, la Campagne nationale contre la toxicomanie (CNCT), cœur de la politique australienne en matière de drogues, a permis de centrer l'attention sur la santé publique et sur la minimisation des méfaits de la toxicomanie. En effet, la CNCT faisait valoir que la toxicomanie devait être assimilée avant tout à une question de santé. La décision de faire relever le programme de la compétence du ministère fédéral de la Santé plutôt que du ministère fédéral du Procureur général fut prise délibérément, en

¹⁷⁶ Cette section s'inspire notamment du texte préparé pour le Comité spécial par la Bibliothèque du Parlement : MacKay, R., (2001) *Politique nationale sur les drogues : l'Australie.* Ottawa : Bibliothèque du Parlement, rapport préparé pour le Comité spécial du Sénat sur les drogues illicites. Disponible en ligne à l'adresse : www.parl.gc.ca/drogues-illicites.asp

¹⁷⁷ Afin d'avoir un historique des lois australiennes concernant le cannabis, voir : McDonald *et al.*, Legislative Options for Cannabis Use in Australia, Commonwealth d'Australie, 1994, disponible en ligne à :http://www.druglibrary.org/schaffer/Library/studies/aus/cannabis.htm.

¹⁷⁸ South Australian Government, Royal Commission of Inquiry into the Non-Medical Use of Drugs South Australia 1979, Rapport final (président: Sackville).

¹⁷⁹ Afin de connaître les grandes lignes de la Stratégie nationale sur les drogues de 1985 à nos jours, voir : http://www.aic.gov.au/research/drugs/strategy/index.html.

raison, du moins en partie, de l'apparition du VIH/SIDA. Mais il convient de souligner que le programme a été marqué, dès sa mise en place, par une étroite collaboration entre le Commonwealth (c'est-à-dire le gouvernement fédéral), les États et les Territoires. Ce programme visait l'instauration d'un partenariat des secteurs de la santé et des services de police dans le cadre d'une stratégie globale fondée sur une démarche intégrée de gestion de la consommation des drogues licites et illicites.

La notion de réduction des méfaits de la toxicomanie intègre les stratégies de contrôle de l'approvisionnement en drogues, de contrôle de la demande de drogues et de réduction des méfaits. Ce que vise l'Australie dans le contexte de sa stratégie sur les drogues, c'est d'améliorer l'état de santé, la condition sociale et les conditions économiques de ses citoyens en prévenant l'usage de drogues nocives et en réduisant les effets nocifs sur la santé des drogues licites et illicites.

Stratégie nationale sur les drogues (1993-1997)

Afin d'appliquer la nouvelle stratégie sur les drogues, on avait besoin de données fiables, de nouvelles modalités d'intervention et d'une évaluation de la démarche. C'est dans ce contexte que le *Ministerial Council on Drug Strategy* (MCDS) a commandé deux évaluations distinctes de la CNCT, afin de faire le point sur la situation et de faire les recommandations pertinentes. À la lumière des résultats de ces deux évaluations, publiées la première en 1988 et l'autre en 1992, la campagne a été relancée sous le nom de Stratégie nationale sur les drogues (SND). Incorporant les recommandations faites à la suite des deux évaluations, la Stratégie a continué d'accorder une importance particulière aux principes de réduction des risques de la toxicomanie. Ses objectifs sont de :

- Réduire au minimum l'incidence de maladies, d'affections, de blessures et de décès prématurés liés à l'usage de l'alcool, du tabac, des médicaments et des drogues illicites;
- Réduire au minimum l'incidence et l'impact des infractions criminelles et des autres actes criminels, violents et antisociaux liés à la drogue au sein de la collectivité :
- Réduire au minimum les perturbations de nature personnelle et sociale, la perte de la qualité de vie, la baisse de productivité et les autres coûts économiques liés à l'usage excessif de l'alcool et des autres drogues ;
- Empêcher la propagation de l'hépatite, du VIH/SIDA et des autres maladies infectieuses liées à l'usage de drogues injectables dans des conditions insalubres.

Le plan stratégique reposait sur six éléments précis de soutien de l'élaboration et de la mise en œuvre de la politique en matière de drogues, soit la minimisation des méfaits de la toxicomanie, la justice sociale, le maintien des moyens de contrôle de l'approvisionnement en drogues, une approche intersectorielle, la coopération internationale, ainsi que le tandem évaluation et responsabilité.

La responsabilité pour les orientations générales et l'application de la SND incombe au MCDS, lequel se compose des ministres responsables des secteurs de la santé et des services de police de chacun des états et territoires, et du gouvernement fédéral ou Commonwealth. Le Conseil se réunit une fois l'an. Le soutien administratif dont bénéficie le MCDS est assuré par le National Drug Strategy Committee (NDSC). Celui-ci a le mandat de préparer des projets liés à la SND, d'en assurer la mise en œuvre, d'élaborer des énoncés de politique concernant les drogues licites et illicites, et d'assurer la liaison avec les autres organismes gouvernementaux pour toutes les questions touchant la SND. Le Comité est composé d'un représentant du secteur de la santé et d'un représentant des services de police de chacun des états et territoires, et du gouvernement fédéral. Le MCDS et le NDSC élaborent des politiques et des orientations nationales de concert avec le gouvernement central et les états et territoires individuels, puis se chargent de mettre en œuvre, au besoin, ces politiques et orientations dans leurs milieux sociaux, politiques et économiques.

Évaluation de la Stratégie nationale sur les drogues (1997)¹⁸⁰

En 1997, on a publié un rapport d'évaluation de la Stratégie nationale sur les drogues (1993-1997). Ce rapport, intitulé *The National Drug Strategy: Mapping the Future*, observe que la SND a su allier de façon unique les éléments suivants, qui, selon ses auteurs en ont fait un modèle sur la scène internationale:

- Elle reconnaît la complexité des enjeux liés aux drogues et la nécessité d'offrir aux professionnels de la santé de première ligne et aux autres intervenants en toxicomanie un vaste éventail d'options fondées sur la notion de minimisation des méfaits ;
- Elle s'attaque à l'ensemble du problème, c'est-à-dire à l'abus de drogues licites et illicites ;
- La démarche de la SND en matière de drogues est fondée avant tout sur la concertation entre le secteur de la santé, les services de police, le secteur de l'éducation, les organismes non gouvernementaux et l'industrie privée ; et
- Elle adopte une approche équilibrée, c'est-à-dire en maintenant un équilibre approprié entre la participation du Commonwealth, des États et des Territoires, un équilibre entre les stratégies de réduction de l'offre et de la demande de drogues, ainsi qu'un équilibre entre le traitement, la prévention, la recherche et l'éducation.

Contrairement à ce que plusieurs craignaient, à savoir que les politiques de réduction des risques mèneraient à une acceptation et un usage accrus de drogues illicites, l'évaluation a permis de constater qu'il n'y avait pas eu augmentation de la

¹⁸⁰ Voir Single, E. et T. Rohl, (1997) The National Drug Strategy: Mapping the Future, Rapport commandé par le Ministerial Council on Drug Strategy, Canberra. Disponible en ligne à : http://www.health.gov.au/pubhlth/publicat/document/mapping.pdf.

consommation de drogues comme l'héroïne, les amphétamines et la cocaïne, mais que la consommation de marijuana avait légèrement augmenté. On a également constaté que la SND avait contribué à enrayer la propagation du VIH, de l'hépatite C et d'autres maladies infectieuses chez les utilisateurs de drogues injectables.

Cadre stratégique national en matière de drogues (1998/1999-2002/2003)¹⁸¹

Le Cadre stratégique national en matière de drogues repose sur les principes directeurs de la Stratégie nationale et sur les recommandations du rapport d'évaluation de la phase antérieure. Il confirme les principes de la réduction des méfaits et de l'équilibre entre les stratégies de réduction de l'offre et de la demande, tout en mettant l'accent sur une meilleure intégration entre les diverses stratégies. Il continue également de mettre l'accent sur la pratique fondée sur la connaissance, qui doit être appuyée par la recherche et une évaluation rigoureuse, incluant la détermination de la rentabilité des interventions.

Au cours de cette phase subséquente de la SND, l'accent est mis sur l'extension du partenariat existant entre les organismes de santé et de police à plusieurs autres partenaires, tel que le recommandait le rapport d'évaluation. Ainsi s'ajouteront des représentants des portefeuilles des douanes et de l'éducation à l'Intergovernmental Committee on Drugs, qui est composé d'agents de santé et d'agents de la force publique de chacun des états et territoires d'Australie, ainsi que du gouvernement fédéral. Le MCDS bénéficie aussi du soutien de l'Australian National Council on Drugs, composé de personnes des secteurs gouvernementaux, non gouvernementaux et des collectivités possédant les compétences nécessaires pour donner des conseils appropriés en matière de politique. Ces organismes doivent élaborer une série de Plans d'action nationaux sur les drogues, précisant les priorités en matière de réduction des méfaits liés à l'usage des drogues licites et illicites, les stratégies d'intervention selon ces priorités et les indicateurs de rendement.

Stratégie nationale sur les drogues illicites (1998 –) 182

En 1997, la Stratégie nationale sur les drogues illicites, «Tough on Drugs» a été annoncée et sa mise en œuvre amorcée en 1998. Cette stratégie comprend un éventail de mesures de réduction de l'offre et de la demande de drogues et prévoit un budget total de 516 millions \$A. Les fonds affectés à la Stratégie sont répartis entre les stratégies de réduction de la demande en drogues, dont la mise en œuvre incombe au Department of Health and Aged Care et au Department of Education, Training and Youth Affairs,

 ¹⁸¹ Ministerial Council on Drug Strategy, National Drug Strategic Framework 1998-99 to 2002-03: Building Partnerships, document rédigé pour le compte du Ministerial Council par un comité directeur mixte de l'Intergovernmental Committee on Drugs et l'Australian National Council on Drugs, Canberra, novembre 1998. Disponible en ligne à http://www.health.gov.au/pubhlth/nds/resources/publist.htm.
 ¹⁸² Pour avoir de plus amples détails sur la Stratégie nationale sur les drogues illicites, consulter le site
 Web de l'Australian Department of Health and Aged Care:
 http://www.health.gov.au/pubhlth/strateg/drugs/illicit.

et les stratégies de réduction de l'approvisionnement de drogues, qui relèvent de l'Attorney-General's Department, de l'Australian Federal Police et de l'Australian Customs Service. Une somme de 213 millions \$ est consacrée aux mesures de réduction de l'offre axées sur l'interception de plus grandes quantités de drogues aux frontières australiennes et en Australie même. En matière de maintien de l'ordre, on a accordé les fonds à la mise sur pied et au fonctionnement de 10 nouvelles équipes mobiles d'intervention antidrogues de la Police fédérale pour lutter à anéantir les groupes criminels australiens de la drogue, et on a augmenté les fonds alloués à l'Australian Customs Service pour lui permettre d'accroître sa capacité d'interception des envois de drogues.

Un montant de 303 millions \$ est consacré aux mesures de réduction de la demande de drogues, portant sur cinq axes prioritaires d'intervention:

Traitement des usagers de drogues illicites, y compris la détermination des meilleures pratiques en la matière.

- Prévention de l'usage de drogues illicites.
- Formation et acquisition des compétences à l'intention des intervenants de première ligne qui sont en contact direct avec les usagers de drogues.
- Surveillance et évaluation, y compris la collecte de données.
- Recherche.

Corrélativement avec la nouvelle stratégie, on a créé l'Intergovernmental Committee on Drugs, dont le rôle est de fournir des conseils d'orientation stratégique aux ministres du gouvernement sur une gamme complète de questions liées aux drogues.

En juin 1999, les ministres de la santé et les ministres responsables des services de police du Commonwealth, des États et des Territoires se sont entendus sur une démarche nationale d'élaboration d'une initiative de déjudiciarisation dont l'objectif est de soustraire les usagers de drogues illicites de la procédure pénale traditionnelle au profit d'une démarche d'éducation et de traitement. L'initiative se traduit par un ensemble d'interventions progressives adaptées à la gravité de l'infraction et à la situation du contrevenant, mais ne s'applique pas aux délits liés au trafic de drogue. La personne accusée de posséder une petite quantité de drogue peut faire l'objet d'un avertissement; on peut alors lui fournir les renseignements qui lui permettront de se faire traiter, la référer pour évaluation ou pour suivre un traitement, sans l'incarcérer, pourvu que le délit ne soit pas grave et ne constitue pas une menace pour la société. Les tribunaux et les systèmes correctionnels peuvent également exiger que le contrevenant participe à un traitement dans la collectivité comme condition à sa probation ou à sa libération conditionnelle. La possibilité de traitement existe également dans les organismes correctionnels et les communautés thérapeutiques et maisons de transition exploitées ou financées par les services correctionnels. 183

¹⁸³ Pour plus amples informations, voir : Ministerial Council on Drug Strategy, National Action Plan on Illicit Drugs, 2001 to 2002-03, document rédigé par le National Expert Advisory Committee on Illegal

Évaluation de la Stratégie nationale sur les drogues (2001)¹⁸⁴

Fondée sur la notion de réduction des risques plutôt que sur l'éradication de l'usage de drogue, la SND reconnaît la complexité des enjeux liés aux drogues et la nécessité d'offrir aux professionnels de la santé de première ligne et aux autres intervenants en toxicomanie un vaste éventail d'options pertinentes. Celles-ci vont des interventions axées sur l'abstinence aux programmes axés sur la réduction des conséquences de l'usage de drogues chez les toxicomanes dont le sevrage ne peut être envisagé dans un avenir immédiat. L'établissement des buts, des stratégies, des principes directeurs et des indicateurs de rendement de la SND incombe à un National Drug Strategy Committee. Ce comité se compose de hauts fonctionnaires des ministères de la santé et des ministères responsables des services de police de chacun des états et territoires, ainsi que de leurs homologues fédéraux. Cette collégialité en matière de prise de décisions est l'élément clé de la SND, car elle met l'accent sur la collaboration entre les différents paliers de gouvernement et assure un haut niveau de visibilité à la stratégie en matière de drogues.

Le professeur Single a souligné que le gouvernement australien avait donné suite à bon nombre de recommandations qui lui avaient étaient faites pour améliorer la SND. On a, par exemple, reconduit la SND pour une période de cinq ans, on en a augmenté le financement, on a créé une unité SND spécialisée au sein du ministère de la Santé fédéral et on a élaboré des plans d'action relativement à d'autres recommandations. 185

Le cadre législatif

Sous le régime fédéral australien, le droit pénal et l'exécution des lois en matière de drogues relèvent principalement des gouvernements des États du Commonwealth. Par ailleurs, l'Australie ayant ratifié les trois principales conventions internationales sur les drogues illicites, les obligations qui en découlent sont exécutées en vertu de trois lois fédérales: la Narcotic Drugs Act de 1967, la Psychotropic Substances Act de 1976 et la Crimes (Traffic in Narcotic Drugs and Psychotropic Substances) Act de 1990.

Lois sur les drogues dans les États du Commonwealth d'Australie

En Australie, c'est aux États et aux Territoires qu'incombent la promulgation et l'application des lois sur les drogues illicites. Le droit à ce sujet varie sensiblement selon

Drugs, Canberra, juillet 2001. Disponible en ligne à :

http://www.health.gov.au/pubhlth/nds/resources/publist.htm.

¹⁸⁴ Voir le témoignage du professeur Eric Single devant le Comité spécial du Sénat sur les drogues illicites, Sénat du Canada, première session de la trente-septième législature, mai 2001. Disponible en ligne à l'adresse www.parl.gc.ca/drogues-illicites.asp
¹⁸⁵ ibid.

les états et les territoires, mais sa structure, de façon générale, varie peu. Les principales lois en la matière sont les suivantes dans les différents états et territoires :

Nouvelle-Galles du Sud	Drug Misuse and Trafficking Act 1985; Drug Court Act 1998				
Victoria	Drugs, Poisons and Controlled Substances Act 1981				
Queensland	Drugs Misuse Act 1986; Drug Rehabilitation (Court Diversion) Act 2000				
Australie-Occidentale	Misuse of Drugs Act 1981				
Australie-Méridionale	Controlled Substances Act 1984				
Tasmanie	Poisons Act 1971				
Territoire du Nord	Drugs of Dependence Act 1990				
Territoire de la capitale de l'Australie	Drugs of Dependence Act 1989				
Commonwealth	Customs Act 1901				
	Narcotic Drugs Act 1967				
	Psychotropic Substances Act 1976				
	Crimes (Traffic in Narcotic Drugs and Psychotropic Substances) Act 1990 ⁸⁶				

Chaque loi crée, sous une forme ou une autre, les infractions de possession, d'usage, de culture, de production et de trafic, de fourniture et de distribution. Les lois renferment également de longues annexes où figurent les drogues interdites et les différentes quantités afférentes, comme les quantités « traficables » et les quantités « commerciales ». Ces quantités servent à établir les peines maximales qui peuvent être infligées.

Les peines maximales pour les infractions graves, comme le trafic de drogues en « quantités commerciales », varient de 25 ans d'emprisonnement à l'emprisonnement à perpétuité; il convient de préciser que tous les états et territoires, à l'exception du Queensland, ont établi des peines maximales inférieures pour les infractions liées au cannabis. En vertu de la plupart de ces lois, une peine d'emprisonnement peut être infligée à toute personne déclarée coupable d'une infraction de possession simple ou d'usage, mais il est très rare qu'une telle peine soit imposée. En ce qui concerne tout particulièrement les infractions de moindre gravité, il existe souvent un écart substantiel entre les peines prévues par la loi et les peines infligées. À titre d'exemple, au

¹⁸⁶ On peut avoir accès aux lois sur les drogues illicites en vigueur dans les états et territoires à : http://www.aic.gov.au/research/drugs/context/legislation.html.

Queensland, où toute personne déclarée coupable de possession est passible d'une peine de 15 ans d'emprisonnement et d'une amende maximale de 300 000 \$A, la peine usuelle infligée par le tribunal correctionnel, où la très grande majorité des affaires de possession sont instruites, est une amende de quelques centaines de dollars, souvent sans relevé de la condamnation. 187

Depuis 1987 en Australie-Méridionale, 1992 dans le Territoire de la capitale de l'Australie et 1996 dans le Territoire du Nord, les personnes prises à commettre une infraction « mineure » liée au cannabis n'ont pas à comparaître devant le tribunal si elles acquittent « sur-le-champ » une amende relativement faible. Bien que la possession de cannabis soit toujours interdite, on inflige au contrevenant une sanction civile plutôt que criminelle. De plus, dans l'État de Victoria, la loi prévoit l'imposition de garanties précédant l'imposition de la peine pour les délinquants primaires accusés d'une infraction mineure liée aux drogues Drugs Poisons and Controlled Substances Act 1981, s. 76). On impose des garanties aux délinquants primaires et la condamnation, le cas échéant, n'est pas portée au dossier de la personne si celle-ci respecte les garanties imposées. Mais dans l'État de Victoria, en Nouvelle-Galles du Sud, en Tasmanie, au Oueensland et en Australie-Occidentale, toute forme de possession, d'usage et de fourniture de cannabis est criminellement interdite et entraîne des sanctions criminelles. De plus, dans tous les états et territoires, les peines imposées pour les infractions liées à des quantités commerciales sont toujours sévères, plus particulièrement si l'infraction se situe à l'extrémité supérieure de l'échelle.

Dans les états et territoires où l'interdiction liée au cannabis est à caractère civil, les infractions qui entraînent un avis d'infraction au civil comprennent la possession de petites quantités de cannabis (jusqu'à 100 g en Australie-Méridionale, 25 g dans le Territoire de la capitale de l'Australie et 50 g dans le Territoire du Nord) et la culture de plantes de cannabis (jusqu'à trois en Australie-Méridionale, cinq dans le Territoire de la capitale de l'Australie et deux dans le Territoire du Nord). Le contrevenant qui n'acquitte pas l'amende qui lui est imposée s'expose à une comparution devant le tribunal et à une condamnation.

Les états et territoires où l'interdiction liée au cannabis est à caractère criminel, viennent d'adopter des dispositions de mise en garde visant la «déjudiciarisation», en vertu desquelles les délinquants primaires ou secondaires qui commettent un délit de possession ou d'usage de cannabis peuvent faire l'objet uniquement d'une mise en garde ou sont tenus de se présenter à des séances d'information et d'orientation, plutôt que de comparaître devant le tribunal.

Quatre états ont établi des « tribunaux spéciaux sur les drogues » soit le Queensland, la Nouvelle-Galles du Sud, l'Australie-méridionale et l'État de Victoria. Au Queensland et en Nouvelle-Galles du Sud, ces tribunaux de « déjudiciarisation » ont

 $^{^{187}\,}$ Pour en savoir plus sur les lois australiennes en matière de drogues, voir : Brereton, D., « The History and Politics of Prohibition », in Drugs and Democracy, op. cit.

été établis en vertu de dispositions législatives, tandis qu'en Australie-Méridionale et dans l'État de Victoria, ils existent et fonctionnent de façon plus ou moins officielle. 188

L'une des particularités des lois australiennes en matière de drogues est le renversement du fardeau de la preuve. Ainsi, la *Drugs Misuse Act 1986* (Queensland) renferme une «disposition déterminative » pour le délit de possession, de sorte que la découverte de drogues interdites dans des locaux constitue une preuve *prima faciae* de la possession de la drogue par la personne occupant les locaux, à moins que celle-ci ne parvienne à convaincre le tribunal qu'elle «ne savait pas ou que rien ne la portait à croire qu'il y avait de la drogue dans les locaux où elle a été trouvée » (paragraphe 57(c)). De même, en vertu de l'article 235 de la *Customs Act 1901* du Commonwealth, toute personne trouvée en possession d'une certaine quantité de drogue doit prouver, en se fondant sur la prépondérance des probabilités, qu'elle n'avait nullement l'intention de faire un trafic commercial de cette drogue, à défaut de quoi la personne sera condamnée sur la présomption de l'intention de s'adonner au trafic.

Les lois australiennes en matière de drogues confèrent aussi un vaste éventail de pouvoirs aux services de police et aux autres organismes d'application de la loi pour déceler les infractions en matière de drogues et faire enquête à ce sujet. En vertu de la *Drugs Misuse Act 1986* du Queensland, par exemple, les services de police sont autorisés, lorsqu'ils font enquête sur la possession d'une drogue proscrite, quelle qu'en soit la quantité, à faire des barrages routiers et à fouiller, saisir et remorquer les véhicules automobiles, à détenir et fouiller des personnes, à ordonner des fouilles corporelles et à pénétrer dans des locaux et les fouiller avec ou sans mandat (art. 18). De plus, lorsqu'il s'agit de délits comme le trafic de drogues, les services de police du Queensland peuvent demander au tribunal de leur permettre d'installer des appareils d'écoute dans les locaux privés.

En vertu de la *Telecommunications (Interception) Act 1979* du Commonwealth, les organismes d'application de la loi à l'échelon fédéral et dans pratiquement tous les états à l'exception du Queensland sont autorisés à intercepter les télécommunications lorsqu'ils mènent des enquêtes concernant des infractions graves liées aux drogues.

Au cours de la dernière décennie, les états et les territoires ont pour la plupart adopté également des lois leur permettant de confisquer les bénéfices tirés du crime, afin de pouvoir s'attaquer aux narcotrafiquants et aux narcoproducteurs. Le plus souvent, cette action ne peut être prise, qu'une fois la personne condamnée, mais en Nouvelle-Galles du Sud, l'ordonnance de confiscation peut être rendue sans qu'il y ait condamnation, si la Cour suprême est convaincue que la personne « selon toute probabilité » s'est livrée à des activités liées aux drogues (*Criminal Assets Recovery Act 1990*).

¹⁸⁸ Pour en savoir plus sur les tribunaux consacrés en matière de drogues australiens, voir : http://www.aic.gov.au/research/drugs/context/courts.html.

Décriminalisation du cannabis 189

Bien que la Stratégie nationale sur les drogues constitue le cadre général en matière de drogues en Australie, les infractions en la matière et les peines connexes relèvent de la compétence des états et des territoires. Certains de ces états et territoires ont donc adopté des dispositions visant à décriminaliser l'usage du cannabis.

L'Australie-Méridionale a été la première, en 1987, à adopter cette approche prévoyant des modalités «d'expiation» (Cannabis Expiation Notice ou CEN) pour les infractions mineures liées au cannabis, comme la possession ou la culture de faibles quantités pour usage personnel ou la possession d'accessoires servant à lusage du cannabis. En vertu de cette mesure, les services de police peuvent signifier un avis d'expiation aux adultes coupables d'une «infraction mineure liée au cannabis». Les contrevenants peuvent éviter les poursuites judiciaires en acquittant les frais indiqués variant entre 50 à 150 \$A dans les 60 jours suivant la signification de l'avis, le non-paiement dans les 60 jours pouvant mener à une poursuite judiciaire et, le cas échéant, à un casier judiciaire faisant état d'une condamnation. Cette mesure ne s'applique qu'aux usagers de cannabis et non à ceux et celles qui en font le commerce ou le trafic ou qui le produisent. Des peines plus graves pour les délits liés à la fabrication, à la production, à la vente ou à la distribution de toutes les drogues menant à la dépendance et de toutes les substances prohibées, y compris les délits liés aux fortes quantités de cannabis, ont été adoptées au même moment.

Cette mesure a été modifiée par la Expiation of Offences Act, 1996, loi qui permet aux personnes auxquelles on signifie un avis d'expiation d'opter pour une poursuite, afin de pouvoir contester l'avis. Avant l'entrée en vigueur de cette loi, ces personnes devaient refuser d'acquitter les frais d'expiation avant l'échéance pour pouvoir comparaître devant le tribunal et contester l'avis. Par contre, le fait d'opter pour une poursuite transforme la présumée infraction de délit expiable en délit qui peut donner lieu à une condamnation au criminel.

Le Territoire de la capitale de l'Australie et le Territoire du Nord ont adopté, respectivement en 1992 et en 1996, des mesures similaires. L'État de Victoria a mis en œuvre en 1998 un système de mises en garde (cautioning) à l'intention des auteurs d'une infraction mineure liée au cannabis ; un système similaire a été adopté peu de temps après en Australie-Occidentale.

Dans tous les cas, la possession de cannabis demeure une infraction criminelle. La nature de ces dispositions consiste à réduire, le cas échéant, la peine d'incarcération

¹⁸⁹ Pour avoir de plus amples détails sur le sujet, voir : Single, E., Christie, P., et R. Ali, (2000) «La dépénalisaton de l'usage de cannabis en Australie et aux États-Unis : Ses effets », *Journal of Public Health Policy*, 21,2, pages 157-186. Disponible en ligne à :

http://www.parl.gc.ca/37/1/parlbus/commbus/senate/Com-f/ille-f/presentation-f/single-f.htm.

qu'entraînait auparavant la possession de petites quantités de cannabis pour son usage personnel. 190

Diverses études d'évaluation ont été menées depuis, révélant des économies importantes et la diminution des répercussions sociales négatives sur les personnes déclarées coupables d'une infraction mineure liée au cannabis. De même, aucune des études menées en Australie-Méridionale¹⁹¹ n'a démontré une augmentation de l'usage de cette drogue comme conséquence directe de l'entrée en vigueur du programme CEN. S'il y a eu augmentation de l'usage du cannabis en Australie-Méridionale de 1985 à 1995, il y avait aussi eu augmentation à la grandeur du pays, même dans les États et les Territoires où l'usage du cannabis est totalement interdit : ainsi, la Tasmanie a connu au cours de cette période la plus forte augmentation de consommation hebdomadaire de cannabis en Australie et ce, malgré le fait que la consommation de cannabis y soit prohibée sévèrement. 192

Une étude comparative des personnes responsables d'infractions mineures liées au cannabis en Australie-Méridionale et en Australie-Occidentale a permis de conclure que ni les mesures d'expiation ni la prohibition n'avaient d'effet dissuasif sur les utilisateurs de cannabis, les contrevenants indiquant qu'un avis d'expiation ou une condamnation n'avaient pas ou pratiquement pas d'incidence sur leur décision de poursuivre leur usage du cannabis ou de consommer une autre drogue. D'autre part, on a constaté que les conséquences sociales négatives d'une condamnation pour un délit lié au cannabis étaient beaucoup plus graves que celles qu'entraînait un avis d'expiation. En effet, la proportion de personnes arrêtées pour usage de cannabis qui ont eu par la suite des problèmes à se trouver un emploi, qui ont eu d'autres démêlés avec l'appareil de justice pénale et qui ont eu des difficultés à se trouver un logement et des difficultés relationnelles, est plus élevée en Australie-Occidentale. 193

En ce qui concerne l'application de la loi et la justice pénale, le nombre de délits qui ont entraîné la signification d'un avis d'expiation pour usage de cannabis en Australie-Méridionale est passé d'environ 6 000 en 1987-1988 à près de 17 000 en 1993-1994 et durant les années subséquentes. Cela semble être l'expression d'une meilleure efficacité de traitement par les services de police des délits mineurs liés au cannabis et d'une transition graduelle de l'utilisation par les services de police de leur pouvoir discrétionnaire de servir des mises en garde informelles aux contrevenants à un processus d'enregistrement systématique de tous les délits mineurs. On a constaté que

¹⁹⁰ Afin d'en savoir plus sur les possibilités légales relatives au cannabis, voir : McDonald et al.., Legislative Options for Cannabis Use in Australia, op. cit..

¹⁹¹ Single, Christie, et Ali, *supra*, Nota 3, 11, 12, 18, 19 et 50. Voir aussi Rickard, M., (2001) Reforming the Old and Refining the New: A Critical Overview of Australian Approaches to Cannabis, Department of the Parliamentary Library, Information and Research Services, Rapport de recherche nº 6 2001-02, page 29. Disponible en ligne à : http://www.aph.gov.au/library (sous Rapports de recherche).

¹⁹² Rickard, op. cit., page 30.

¹⁹³ National Drug Research Institute, Curtin University of Technology, *The Regulation of Cannabis Possession, Use and Supply*, document de travail produit pour le compte du Drugs and Crime Prevention Committee du Parliament of Victoria, Perth, Australie-Occidentale, 2000, p. xxxiv.

le nombre de contrevenants condamnés pour avoir omis d'acquitter les frais d'expiation dans les délais prescrits est important. Cela est dû en grande partie à une méconnaissance chez les usagers de cannabis des conséquences juridiques que peut avoir le non-paiement des frais d'expiation et aux difficultés financières de bon nombre de ceux-ci. Le plus souvent, les CEN s'appliquent à la possession d'une quantité inférieure à 25 g de cannabis et la moitié des CEN sont signifiés à des personnes qui se situent dans le groupe d'âges de 18 à 24 ans.¹⁹⁴

Cette mesure s'est révélée relativement économique et nettement plus économique que ce qu'aurait été l'interdiction totale de cannabis. On évalue à environ 1,24 million \$A le coût total du programme CEN pour 1995-1996, tandis que le total des recettes provenant des frais et des amendes est de l'ordre 1,68 million \$ pour le même exercice. On évalue à environ 2,01 millions \$A le coût total d'une démarche d'interdiction complète pour l'exercice en question, avec des recettes provenant des amendes de l'ordre de 1 million \$.195

Un rapport sur le programme CEN 196 constate qu'au-delà des économies pour l'ensemble de la collectivité, ses bénéfices incluent : l'atténuation des conséquences sociales négatives pour les contrevenants, l'amélioration de l'efficacité de traitement des délits mineurs liés au cannabis et l'amélioration des sentiments à l'endroit des policiers. Par contre, la faible proportion de paiement des amendes, qui se situe à environ 45 %, ainsi que l'élargissement du filet de contrôle sont deux faiblesses notables.

Administration

Coûts publics

On évalue à 620 millions \$A la somme consacrée en 1992 à la lutte contre les drogues illicites par les gouvernements du Commonwealth, des États et des Territoires. On a consacré 84 % de cette somme, à l'application des lois, 6% au traitement des délinquants et 10 % à la prévention et à la recherche. On évalue à 30 millions \$A par année la somme consacrée par le Commonwealth, les États et les Territoires aux programmes d'entretien à la méthadone.

À la lumière d'estimations plus récentes, les gouvernements dépenseraient plus de 200 millions \$A par année dans les secteurs de la santé et du bien-être social, comme conséquence directe ou indirecte du commerce des drogues illicites.¹⁹⁷ Il en coûte, semble-t-il, de 450 à 500 millions \$A par année à l'appareil de justice pénale pour

¹⁹⁴ Ibid., page xxxiii.

¹⁹⁵ Rickard, op. cit., page 33.

¹⁹⁶ Robert Ali et coll., *The Social Impacts of the Cannabis Expiation Notice Scheme in South Australia*, Department of Health and Aged Care, Canberra, mai 1998. Disponible en ligne à :

http://www.health.gov.au/pubhlth/publicat/drugs.htm

¹⁹⁷ John Broome, « Impacts Upon Social and Political Life », dans *Drugs and Democracy*, op. cit., page 117.

composer avec le problème des drogues illicites. ¹⁹⁸ On évalue à plus de 312 millions \$A la somme associée chaque année au crime contre les biens de la part des héroïnomanes/trafiquants d'héroïne. ¹⁹⁹ Les autorités responsables de l'application des lois évaluent à au moins 2 milliards \$A par année le produit de la drogue en Australie. De plus, il semblerait qu'une proportion importante des fonds au montant de quelque 3,5 milliards \$A blanchis chaque année en Australie et transitant par l'Australie provient des activités liées aux drogues illicites. ²⁰⁰

Les coûts économiques afférents à la prévention et au traitement des affections liées à l'usage des drogues, à la baisse de productivité en milieu de travail, au crime, au vol, aux accidents et aux autres activités d'application des lois dépassent les 18 milliards \$A par année. 201

Coûts sociaux

Une étude des conséquences sociales sur les délinquants primaires d'une condamnation pour un délit mineur lié au cannabis a permis de constater que les délinquants en question éprouvaient, dans une faible proportion, une certaine hargne à l'endroit des policiers; on s'est également rendu compte que bon nombre de ces délinquants avaient eu par la suite des problèmes à se trouver un emploi, d'autres démêlés avec la justice, des difficultés à se trouver un logement et des difficultés relationnelles.²⁰²

En rendant illégale la consommation de cannabis, on oblige les consommateurs à s'approvisionner en cannabis sur le marché clandestin, ce qui les expose à une foule de drogues illicites différentes potentiellement plus dangereuses que le cannabis. Comme autre coût social lié à la drogue, il y a la participation du crime organisé à la production et à la distribution sur une grande échelle. En dernier lieu, le marché clandestin est à l'origine d'une importante économie d'argent liquide. Il ne faut donc pas se surprendre du fait que certains policiers se prêtent à la corruption et se livrent à des activités comme l'usage et le commerce de drogues, la protection de narcotrafiquants, le vol de drogues ou de sommes importantes et la présentation de faux témoignages devant les tribunaux.²⁰³

¹⁹⁸ Ibid., p. 117. Voir également: Sutton A., et S. James, «Law Enforcement and Accountability », in Drugs and Democracy, op. cit., page 163, où on cite un montant de 404 millions \$A comme coût annuel de l'application des lois sur les drogues illicites dans le Commonwealth, les États et les Territoires.

Broome, op. cit., page 117.

²⁰⁰ *Ibid.*, page 118.

²⁰¹ Ce montant comprend les coûts afférents à l'usage de l'alcool et du tabac. Voir Rohl, T., « Evaluating the National Drug Strategy », dans *Drugs and Democracy, op. cit.*, page 134.

The Regulation of Cannabis Possession, Use and Supply, op. cit. page 40.

²⁰³ *Ibid.*, pages 40-43.

Statistiques

Consommation²⁰⁴

L'Australian Institute of Health and Welfare procède tous les 2-3 ans à une enquête sur la consommation des drogues «National Drug Strategy Household Survey (NDSHS) ». La première a été menée en 1985 et la septième en 2001. Lors de la dernière enquête dont on possède les résultats (1998)²⁰⁵ 10 300 Australiens de 14 ans ont été interrogés sur leurs connaissances et opinions sur la consommation de drogues, leurs habitudes de consommation de drogues et des comportements connexes.

Les résultats de cette enquête indiquent que près de 46 % des Australien(ne)s ont déjà consommé des drogues illicites, 23 % au cours des 12 derniers mois. Le cannabis est la drogues de choix (39,1 % des personnes de 14 ans et plus en ayant déjà consommé et 17,9 % de ces personnes en ayant fait usage récemment). Près de la moitié des personnes qui avaient déjà fait usage de cannabis en avaient consommé durant les 12 derniers mois. Près de 11,5 % des répondants ont indiqué avoir déjà consommé des drogues antidouleur/des analgésiques (dans un but non médical); suivent ensuite les hallucinogènes (9,9 %) et les amphétamines (8,8 %). Seulement 2,2 % de la population australienne a déjà consommé de l'héroïne, 0,8 % indiquant un usage récent. La prévalence de la consommation de cocaïne était légèrement plus élevée, près de 4,3 % des répondants ayant déjà fait usage de cette drogue, 1,4 % indiquant une consommation récente.

La deuxième enquête à l'échelle nationale sur l'usage de substances illicites chez les élèves du secondaire a eu lieu en 1999. L'enquête portait sur 25 480 jeunes de 12 à 17 ans de 434 écoles secondaires réparties à la grandeur du pays. Les résultats indiquent que la consommation augmente avec l'âge pour toutes les substances, à l'exception des substances inhalées et des stéroïdes. Quel que soit l'âge, ce sont les analgésiques qu'on consomme le plus (comme médicaments ou non), au moins 95 % des répondant(e)s ayant déjà consommé ce type de substance. La consommation de cannabis est relativement élevée, notamment chez les jeunes de 16 et 17 ans, ceux-ci en consommant davantage que la population en général (47 % contre 39 %). Le nombre de garçons (32 %) ayant déjà fait usage de marijuana était légèrement plus élevé que le nombre de filles (29 %), tandis que c'était le contraire en ce qui concerne les analgésiques (98 % chez les filles contre 96 % chez les garçons). Exception faite de ces deux substances, les pourcentages de consommation antérieure et de consommation récente étaient pratiquement les mêmes pour les filles et les garçons.

²⁰⁴ Miller, M., et G. Draper, (2001) *Statistics on Drug Use in Australia 2000*, Australian Institute of Health and Welfare, Canberra, mai. Disponible en ligne

à:http://www.aihw.gov.au/publications/phe/sdua00/index.html.

²⁰⁵ Pour avoir les résultants détaillés de l'enquête NDSHS de 1998, voir : Adhikari, P. et A. Summerill, (2000) 1998 National Drug Strategy Household Survey: Detailed Findings, Australian Institute of Health and Welfare (Drug Statistics Series No. 6), Canberra, octobre. Disponible en ligne

à: http://www.aihw.gov.au/publications/health/ndshs98d/index.html.

Infractions²⁰⁶

Le cannabis est à l'origine de la majorité des arrestations liées à des infractions en matière de drogues en Australie ; en effet, les arrestations effectuées en raison d'infractions liées à cette drogue comptent, en 1998-1999, pour 70 % de toutes celles qui ont été faites en matière de drogues illicites. Toutefois, durant la période 1995-1996 à 1998-1999 le nombre de personnes arrêtées pour possession ou fourniture de marijuana a fortement diminué (de près de 79 000 à environ 58 000).

L'infraction de trafic de drogue est celle qui est le plus souvent à l'origine des peines d'emprisonnement. Des 1 663 personnes en prison en 1999 pour des infractions liées aux drogues, 78 % ont été condamnées pour des infractions de trafic/de commerce de drogues tandis que 11 % l'ont été pour des infractions de possession ou d'usage de drogues illicites. Le nombre de personnes emprisonnées pour avoir commis des infractions liées aux drogues a diminué entre 1995 et 1999; en effet, il comptait pour 11 % de la population carcérale en 1995 et pour 9% de celle-ci en 1999. La proportion de personnes emprisonnées pour possession/usage de drogues n'a pratiquement pas varié (1 %) au cours des cinq dernières années, tandis que la proportion de personnes emprisonnées pour des raisons de commerce/de trafic et de fabrication/de culture de drogues diminue constamment.

Attitudes à l'égard de l'usage de drogues et de la législation afférente

Les résultats de l'enquête NDSHS de 1998 ont permis de constater que les répondants s'opposaient, en grande majorité, à l'usage courant de drogues illicites. Les hommes étaient généralement plus tolérants que les femmes. La marijuana est la drogue illicite dont la consommation est jugée la plus acceptable, 30,5 % des hommes et 20,6 % des femmes se déclarant ouvert(e)s à son usage courant.

L'appui à la légalisation des drogues illicites est sensiblement le même que celui de l'acceptabilité de l'usage courant de ces drogues : 33,8 % des hommes et 25,1 % des femmes se sont déclaré(e)s en faveur de la légalisation de la marijuana. En revanche, seulement 7 % des hommes et 5,1 % se sont déclaré(e)s en faveur de la légalisation de la cocaïne. Les personnes qui appuient la légalisation de l'héroïne, des amphétamines et de la cocaïne se situent, en général, dans les groupes d'âges de 20 à 29 ans et de 40 à 49 ans.

²⁰⁶ Miller et Draper, op. cit., pages 53-58.

LES ÉTATS-UNIS²⁰⁷

Décrire adéquatement les politiques, et plus encore les pratiques aux États-Unis, en matière de drogues illicites pourrait faire l'objet d'un rapport en soi. Qu'on en juge : le budget de recherche du seul NIDA s'élève à 1 milliard \$ US, représentant environ 85 % des sommes consacrées mondialement à la recherche sur les drogues illicites ; le budget du Office for National Drug Control Policy est de plus de 18 milliards \$ US, quand le budget de la Stratégie canadienne sur les drogues est de ... 16 millions \$ canadiens, environ un demi de un p cent du budget du bureau américain ; les dépenses totales en matière de drogues illicites seraient de l'ordre de 35 milliards \$ US. Quand on sait en plus la complexité du système politique américain et la diversité de sa population, on n'a guère besoin d'en ajouter sur l'ampleur de la tâche.

Qui plus est, parler des États-Unis et de drogues illicites c'est parler d'un couple indissociable. Nous l'avons vu au chapitre précédent, les USA ont joué, et continuent de jouer, un rôle prépondérant dans la négociation et l'application des conventions internationales sur les drogues. Penser aux drogues quand il est question des USA c'est penser automatiquement à la «guerre à la drogue» et sa cohorte de statistiques sur le recours à l'incarcération, les sentences sévères, les coûts économiques et sociaux faramineux qui en découlent.

Nous ne pourrons, dans cette section, qu'effleurer cette complexité. Nous avons fort heureusement déjà discuté au cours de précédents chapitres, de diverses données sur les USA: taux de consommation au chapitre 6, recherches sur les effets au chapitre 7 par exemple. Notre tâche était encore plus difficile que nous n'avons pu entendre en audiences publiques les représentants de l'administration. Lors de notre journée d'audiences sur les États-Unis, nous avons entendu le Gouverneur du Nouveau-Mexique, monsieur Gary Johnson, et monsieur Ethan Nadelman du Lindesmith Centre-Drug Policy Foundation. Ce n'est que le 10 juin 2002 que nous avons pu avoir une rencontre privée avec le directeur du NIDA, M. Hanson, et le 11 juin une rencontre à huis clos avec M. Walters, le directeur de ONDCP.

Le cadre législatif de l'administration fédérale et des États

Traditionnellement, le droit criminel et son application sont en grande partie réservés à la compétence des États. L'article premier de la Constitution des États-Unis énonce les domaines de compétence législative du gouvernement fédéral et le dixième amendement dispose expressément que tous les pouvoirs qui ne sont pas délégués au

²⁰⁷ Cette section s'inspire largement du rapport préparé par la Bibliothèque du parlement pour le Comité spécial : Dolin, B., (2002) *Politique nationale sur les drogues : les États-Unis.* Ottawa : Bibliothèque du Parlement, rapport d'étude préparé pour le Comité spécial du Sénat sur les drogues illicites. Disponible en ligne à l'adresse : www.parl.gc.ca/drogues-illicites.asp

gouvernement central seront exercés par les États. Le droit criminel ne fait pas partie des pouvoirs délégués au gouvernement fédéral et, aux premiers jours du Congrès, les lois pénales fédérales ne régissaient que les actes préjudiciables au gouvernement national, comme la trahison et la contrefaçon, ou les délits de nature extraterritoriale, comme les actes de piraterie et autres crimes perpétrés en haute mer.

Cela n'a toutefois pas empêché le Congrès américain de jouer un rôle de premier plan dans la criminalisation de l'usage des drogues. Même si le «Père de la Constitution», James Madison, avait donné aux États l'assurance que leurs pouvoirs étaient «nombreux et illimités » et ceux du gouvernement central, «peu nombreux et limités »²⁰⁸, les tribunaux ont par la suite interprété d'une manière très large les pouvoirs du Congrès. Déjà en 1819, dans l'arrêt *McCulloch c. Marlyland*²⁰⁹, la Cour suprême des États-Unis faisait une lecture libérale des dispositions de l'article premier selon lesquelles le gouvernement fédéral peut adopter toutes les lois qui sont « nécessaires et convenables » pour exercer les pouvoirs qui lui ont été conférés. Deux de ces pouvoirs sont celui de lever des impôts et celui de réglementer le commerce extérieur et interétat. Comme nous le précisons plus loin, le gouvernement fédéral a utilisé ces champs de compétence comme point d'ancrage pour s'engager dans la réglementation de l'usage des drogues.

Historique²¹⁰

Entre la guerre de Sécession (1861-1865) et la fin du XIX^e siècle, la consommation et la vente d'opium, de morphine, de cocaïne et d'autres drogues psychotropes étaient légales et courantes. L'opium était disponible avec ou sans ordonnance médicale et il entrait dans la composition de nombreux médicaments brevetés, notamment des analgésiques, des préparations contre la toux et des sirops pour soulager les douleurs de la dentition chez les bébés. La cocaïne était également utilisée à des fins médicales et elle entrait dans la préparation de boissons gazeuses et du vin.

Les choses commencèrent à changer au tournant du siècle. L'héroïne, isolée en 1898, était réputée apporter le même soulagement que l'opium ou la morphine, sans risque de dépendance. Lorsqu'on découvrit son effet d'accoutumance peu après sa mise en marché, des appels racistes se faisaient déjà entendre pour protéger la société américaine contre les drogues. À l'origine, deux drogues étaient visées : la cocaïne, associée surtout aux Noirs qui avaient la réputation de s'adonner à la violence lorsqu'ils

²⁰⁸ In Currie D.P. (2000) The Constitution of the United States: A Primer for the People, Chicago: Univ. of Chicago Press, page 26.

²⁰⁹ 17 U.S. 316.

Voir: Belenko, S.R. (dir.), (2000 Drugs and Drug Policy in America: A Documentary History, Westport: Greenwood Press; McNamara, J.D. (1997) «Commentary: Criminalization of Drug Use » Psychiatric Times; vol. XVII(9); Luna, E.G. (1997) «Our Vietnam: The Prohibition Apocalypse », 46 Depaul L. Rev. 483. Duke, Stephen B., (1995) «Commentary: Drug Prohibition: An Unnatural Disaster », 27 Conn. L. Rev. 571).

étaient sous son influence, et l'opium, associé aux Chinois qui fréquentaient les fumeries. Les sociétés de tempérance et les groupes religieux ont également joué un rôle prépondérant dans les pressions en faveur de la prohibition.

Malgré la forte opposition de l'industrie des médicaments brevetés, le Congrès américain adopta, en 1906, la *Pure Food and Drug Act*. Cette loi obligeait les fabricants de médicaments sans ordonnance à indiquer la quantité de drogues contenues dans ces médicaments, et ce, afin d'en freiner la consommation. Peu après, le Congrès a adopté le *Opium Smoking Act* de 1909 (as Amended, 1914) qui interdisait l'importation de cette drogue à des fins non médicales.

La Harrison Narcotic Act de 1914

La Harrison Act marque une étape importante de la politique américaine de lutte contre les stupéfiants. Adoptée en 1914, la Harrison Act visait au début à médicaliser la cocaïne et l'héroïne en limitant leur distribution aux seuls médecins, mais son objet officiel a vite été modifié sous l'influence de la ferveur prohibitionniste de l'époque et est devenu le modèle insolite auquel allait obéir l'administration de la politique américaine en matière de stupéfiants. En vertu des limites constitutionnelles telles qu'elles étaient perçues à l'époque, les lois fédérales s'appliquaient uniquement aux contrôles internationaux, au commerce entre les États et aux impôts. Par conséquent, la Harrison Act s'attaqua à l'usage des drogues en obligeant les vendeurs de drogues à obtenir un permis et à consigner toutes leurs ventes, soi-disant aux fins d'imposition. Cette même réglementation obligeait les consommateurs de drogues à obtenir une ordonnance. Même si la loi autorisait expressément les médecins à prescrire des stupéfiants, ils ne pouvaient le faire que dans l'exercice de leur profession.

Contestée devant les tribunaux, la validité de cette loi a été confirmée par la Cour suprême en tant que mesure fiscale et non en tant que mesure de maintien de l'ordre.²¹¹ Le tribunal avait jugé que la loi n'autorisait pas les médecins à prescrire des drogues à des toxicomanes dans le but de les soulager ou d'entretenir leur dépendance.²¹² L'arrêt Behrman²¹³, rendu en 1922, vint restreindre davantage le pouvoir des médecins de prescrire des drogues et, dans la foulée des poursuites intentées contre les pharmaciens et les médecins, il devint presque impossible, au début des années 20, de se procurer légalement des opiacés et d'autres drogues.

Les mesures ultérieures

Durant la Grande Dépression, les craintes soulevées par les « Mexicains dégénérés » qui fumaient de la marijuana entraînèrent également l'adoption d'une mesure législative. Certains observateurs y voient là le fil conducteur de la politique antidrogues américaine ; autrement dit, le facteur sur lequel on s'appuyait pour décider

²¹¹ United States c. Doremus (1919), 249 U.S. Reports 86. L'arrêt United States c. Nigro (1928), 276 U.S. Reports 332, a confirmé que la Harrison Act était une loi fiscale.

Webb et al. c. United States (1919), 249 U.S. Reports 96.
 United States c. Behrmann (1922), 258 U.S. Reports 280.

s'il fallait criminaliser ou non une drogue particulière n'était ni ses propriétés inhérentes ni son potentiel de nuire à la société, mais plutôt le genre de personnes qui en faisaient usage. ²¹⁴ En 1931, la consommation de marijuana était interdite dans 29 États et en 1937, le Congrès adopta la *Marihuana Tax Act* qui, à l'instar de la *Harrison Act*, conférait au gouvernement fédéral le pouvoir de contrôler la marijuana, en vertu du pouvoir de taxation du Congrès. Malgré l'opposition de l'Association médicale américaine, la loi reçut l'appui du chef de la police antidrogues du pays, le puissant directeur du *Federal Bureau of Narcotics* (FBN), Henry J. Anslinger.

Anslinger, un personnage clé dans l'histoire de la politique américaine de lutte contre les stupéfiants, fut nommé commissaire du FBN en 1930 et il dirigea cette organisation durant cinq administrations présidentielles, soit jusqu'en 1962. Souvent comparé à son contemporain J. Edgar Hoover qui dirigeait le F.B.I. avec autant de ténacité, Anslinger s'opposait à l'adoption d'une approche axée sur la santé publique, soutenant que la seule solution valable consistait à envoyer les consommateurs de drogues en prison. À maintes reprises, il laissa entendre que les stupéfiants faisaient partie d'un complot ourdi par les étrangers. Pendant la Seconde Guerre mondiale, il accusa les Japonais d'utiliser les stupéfiants pour miner l'ardeur des Américains au combat; après la guerre, il soutenait que les Communistes essayaient de faire la même chose.

La législation actuelle et son application

La loi fédérale

La Controlled Substances Act

En 1970, le Congrès américain adopta la *Controlled Substances Act* (*CSA*)²¹⁵, en vertu du pouvoir du gouvernement fédéral de réglementer le commerce entre les États. ²¹⁶ Cette loi abrogeait la plupart des lois fédérales antérieures, dont la *Harrison Act* et la *Marihuana Tax Act*, et elle constitue la pierre angulaire de la loi fédérale américaine actuelle en matière de stupéfiants. Les drogues y sont classées selon une série d'annexes et contrôlées à des degrés divers. La plupart des restrictions frappent les drogues classées dans l'annexe I dont la possession est interdite, sauf aux fins de recherches pour lesquelles un permis est accordé par le gouvernement fédéral. L'annexe I comprend des drogues comme la marijuana, l'héroïne, la MDMA, le LSD et le peyotl, drogues réputées n'avoir aucun usage médical et présentant un potentiel élevé

²¹⁴ Luna, op. cit., page 490-495.

Comprehensive Drug Abuse Prevention and Control Act of 1970, Title II, 21 U.S.C. sec. 800-966.

²¹⁶ Pour prescrire des sanctions pénales, il suffit au Congrès de prouver qu'une catégorie d'activités nuit au commerce entre les États ; il n'est pas tenu de prouver que la conduite faisant l'objet de la poursuite a des conséquences sur le commerce. Voir Ehrlich, S. (2000) « The Increasing Federalization of Crime » 32 Ariz, St.L. J.825.

d'abus. Les substances de l'annexe II, utilisées à une fin médicale reconnue et réputées présenter un potentiel d'abus moins élevé que celles de l'annexe I, sont également soumises à des contrôles sévères. L'annexe II comprend la cocaïne, l'opium, la morphine, la mépéridine (démérol) et la codéine.

L'adoption de la CSA en 1970 marquait un changement important sur un point essentiel. Cette loi établissait une distinction entre la marijuana et les autres drogues et réduisait les sanctions fédérales, non seulement dans les cas de possession, mais également de trafic et de distribution. Cette situation allait toutefois changer sous l'administration Reagan, dans les années 80.

En 1982, le président Reagan signa un décret portant création du poste de conseiller de la Maison blanche en matière de politique antidrogues. La Comprehensive Crime Control Act of 1984, la Anti-Drug Abuse Act of 1986 et la Anti-Drug Abuse Amendment Act of 1988 renforçaient les sanctions fédérales applicables à divers délits liés aux stupéfiants (notamment à la marijuana), accroissant le financement des activités de lutte contre les stupéfiants et améliorant la coordination des efforts du gouvernement fédéral dans sa lutte contre les stupéfiants. La National Narcotics Leadership Act de 1988 créa l'Office of National Drug Control Policy (le Bureau de la politique nationale de lutte contre les stupéfiants), dont le directeur est couramment appelé le « tsar de la drogue ».²¹⁷

De nombreux commentateurs ont fait valoir que ces lois ont été adoptées à une époque à laquelle sévissait une hystérie antidrogues extrêmement virulente causée par l'apparition de la cocaïne épurée (crack). C'est probablement aux mythes propagés par les politiciens et véhiculés par les médias sur la cocaïne épurée que l'on doit pour une bonne part le recours accru aux peines minimales obligatoires et l'expansion qu'a connue la « guerre aux drogues » pendant l'ère Reagan.

Classement des drogues en vertu de la CSA – l'exemple de la marijuana

L'examen d'une demande adressée à la Drug Enforcement Administration en 2000 visant le reclassement de la marijuana permet de comprendre le processus de classement des drogues suivant les annexes de la CSA ²¹⁹ Pour conclure que la marijuana devait demeurer dans l'annexe I, le département de la Justice s'est appuyé sur huit facteurs :

- Le potentiel réel ou relatif d'abus de la drogue ;
- Les preuves scientifiques de ses effets pharmacologiques ;
- L'état actuel des connaissances scientifiques concernant la drogue ;

La page d'accueil du Bureau se trouve à <u>www.whitehousedrugpolicy.gov</u>.

²¹⁸ Voir, par exemple, Reinarman, C. et H. G. Levine (dir.), *Crack in America: Demon Drugs and Social Justice*, University of California Press, 1997. Dans un rapport sur les États-Unis publié en mai 2000, l'organisme Human Rights Watch a qualifié le phénomène de «panique morale ». Disponible en ligne à www.hrw.org/reports/2000/usa.

²¹⁹ Département de la Justice, Drug Enforcement Agency, « Notice: Denial of Petition », 18 avril 2001 dans le vol. 66, re 75 du registre fédéral, pages 20037-20076.

- Son historique et les abus actuels ;
- L'étendue, la durée et l'importance de l'abus ;
- Les risques pour la santé publique, s'il y a lieu;
- Les risques de dépendance psychique et physiologique ; et
- S'il s'agit d'un précurseur immédiat d'une substance déjà contrôlée en vertu de la CSA.

La demande de reclassement fut rejetée en partie au motif que la marijuana présentait un potentiel élevé d'abus. Bien que le terme «abus » ne soit pas défini dans la loi, l'Administration s'est penchée sur divers facteurs pour évaluer le potentiel d'abus. Elle a constaté en particulier que les usagers consomment cette substance en quantités suffisantes pour constituer une menace pour leur santé ou la sécurité d'autrui ou de la collectivité. L'Administration a conclu que, même si la marijuana présentait un faible niveau de toxicité comparativement à d'autres drogues dont on abuse, sa consommation tant aiguë que chronique entraînait un certain nombre de risques tels que des étourdissements, des nausées, des distorsions temporelles, des erreurs de jugement et des pertes de mémoire à court terme. Elle a également cité des études décrivant le «syndrome de sevrage de la marijuana » caractérisé par l'hyperactivité, l'agitation, l'insomnie, des nausées et des crampes qui durent pendant quelques jours.

Un autre élément important de l'analyse qui militait contre le reclassement de la marijuana était le fait que cette drogue n'avait pas d'usage médical reconnu aux États-Unis. Aucun traitement à base de marijuana n'a encore été autorisé par la Food and Drug Administration. Pour que le traitement soit autorisé, les conditions suivantes doivent être réunies:

- La composition chimique de la drogue doit être connue et reproductible ;
- La drogue doit avoir fait l'objet d'un nombre suffisant d'études de sécurité;
- La drogue doit avoir fait l'objet d'un nombre suffisant d'études bien contrôlées prouvant son efficacité ;
- La drogue doit être approuvée par des spécialistes compétents ; et
- La preuve scientifique doit être mise à la disposition du grand public.

La législation proposée

La bataille législative au sujet des drogues se poursuit encore devant le Congrès américain. Le projet de loi *Drug Dealer Liability Act* de 1999 a été approuvé par la Chambre des représentants et envoyé au Sénat à la fin de l'an 2000. Cette mesure législative imposerait une responsabilité civile aux trafiquants de drogues pour les dommages découlant – directement ou indirectement – de la consommation de substances contrôlées. Elle autoriserait même les consommateurs de drogues à intenter des poursuites pour les dommages subis, à condition qu'ils divulguent aux agents de lutte contre les stupéfiants tout ce qu'ils savent sur la source de la drogue illicite. Même

si on ne sait pas encore si ce projet de loi sera adopté, treize États ont déjà adopté une loi sur le modèle de la *Drug Dealer Liability Act.* ²²⁰

Le 17 octobre 2000, la Chambre des représentants approuvait la *Protecting Our Children from Drugs Act* de 2000. Cette loi modifierait la *Controlled Substances Act* en imposant des sanctions plus sévères aux trafiquants de drogues qui font appel à des enfants pour leur trafic. Les peines obligatoires minimales seraient plus sévères pour les trafiquants qui utilisent des enfants de moins de 18 ans pour distribuer de la drogue à l'intérieur ou à proximité des écoles ou d'autres « lieux protégés » comme les terrains de jeu et les arcades de jeux vidéos. D'autres projets de loi sont à l'étude, notamment la *Drug Free America Act* de 2001, la *Domestic Narcotic Demand Reduction Act* de 2001 et la *Drug Treatment and Research Enhancement Act de* 2001.

Les sanctions fédérales

Les tableaux suivants résument les amendes et les peines d'emprisonnement prévues pour certaines infractions à la *Controlled Substances Act* et à d'autres lois fédérales connexes ²²¹. Il est à noter que dans le cas d'un troisième délit grave (« felony ») impliquant des quantités constituant un délit du premier degré, une peine d'emprisonnement à perpétuité s'applique, sans possibilité de libération. Il est également à noter que les poids indiqués, sans égard à la substance utilisée, se rapportent à tout mélange renfermant une quantité décelable d'une drogue illicite. Les délits de complot et de « tentative » entraînent les mêmes peines que l'infraction elle-même.

L'Arkansas, la Californie, le Colorado, la Géorgie, Hawaii, l'Illinois, l'Indiana, la Louisiane, le Michigan, l'Oklahoma, la Caroline du Sud, le Dakota du Sud, l'Utah et les îles Vierges américaines.

Le Congrès a adopté divers projets de loi contre le crime comportant des dispositions antidrogues, notamment la *Crime Control Act* de 1984 (P.L. 98-473), la *Anti-Drug Abuse Act* de 1986 (P.L. 99-570), la *Anti-Drug Abuse Act* de 1988 (P.L. 100-690), la *Crime Control Act* de 1990 (P.L. 101-647) et la *Violent Crime Control and Law Enforcement Act* de 1994 (P.L. 103-322). Collectivement, ces lois accroissent la sévérité des peines pour des infractions liées aux drogues et augmentent le financement des activités de lutte contre les stupéfiants.

Tableau 1²²²

		Tableau 1		
		sion dans l'intention de		ion,
		ortation et exportation		
Substance	Infraction/ récidive	Quantité	Amende (en dollars)	Peine d'emprisonnement
	Première infraction	1 kg ou plus	4 à 10 millions	de 10 ans à la détention à perpétuité
		100 g à 1 kg	2 à 5 millions	de 5 à 40 ans
		Moins de 100 g	1 à 5 millions	jusqu'à 20 ans
	Deuxième infraction ²²³	1 kg ou plus	8 à 20 millions	de 20 ans à la détention à perpétuité
		100 g à 1 kg	4 à 10 millions	de 10 ans à la détention à perpétuité
		Moins de 100 g	2 à 10 millions	jusqu'à 30 ans
Feuilles de Première coca, cocaïne infraction ou « crack »		50 g ou plus	4 à 10 millions	de 10 ans à la détention à perpétuité
		5 à 50 g	2 à 5 millions	de 5 à 40 ans
		Moins de 5 g	1 à 5 millions	jusqu'à 20 ans
	Deuxième infraction	50 g ou plus	8 à 20 millions	de 20 ans à la détention à perpétuité
		5 à 50 g	4 à 10 millions	de 10 ans à la détention à perpétuité
		Moins de 5 g	2 à 10 millions	Jusqu'à 30 ans
LSD Première infraction Deuxième infraction	10 g ou plus	4 à 10 millions	de 10 ans à la détention à perpétuité	
		1 à 10 g	2 à 5 millions	de 5 à 40 ans
		Moins de 10 g	1 à 5 millions	jusqu'à 20 ans
		10 g ou plus	8 à 20 millions	de 20 ans à la détention à perpétuité
		1 à 10 g	4 à 10 millions	de 10 ans à la détention à perpétuité
		Moins de 10 g	2 à 10 millions	Jusqu'à 30 ans
Marijuana	Première infraction	1000 kg ou plus ou 1000 plants ou plus	4 à 10 millions	de 10 ans à la détention à perpétuité

Source: Doyle, C., Drug Offences: Maximum Fines and Terms of Imprisonment for Violation of the Federal Controlled Substances Act and Related Laws, Library of Congress Congressional Research Service, 1er novembre 2000.

²²³ Par deuxième infraction, on entend une infraction commise après une première condamnation pour *toute* infraction liée à la drogue en vertu de *n'importe quelle* loi antidrogues du gouvernement fédéral, d'un État ou d'un pays étranger.

^	Distribution, possess			ion,
	Impo	ortation et exportatio	n illicites	
Substance	Infraction/	Quantité	Amende	Peine
	récidive		(en dollars)	d'emprisonnement
		100 à 1000 kg	2 à 5 millions	de 5 à 40 ans
		ou 100 à 1000		
		plants		
		50 à 100 kg ou	1 à 5 millions	Jusqu'à 20 ans
		100 plants		
		Moins de	250 000 à	Jusqu'à 5 ans
		50 kg ²²⁴	1 million	
	Deuxième	1000 kg ou plus	8 à 20 millions	de 20 ans à la
	infraction	ou 1000 plants		détention à
		ou plus		perpétuité
		100 à 1000 kg	4 à 10 millions	de 10 ans à la
		ou 100 à 1000		détention à
		plants		perpétuité
		50 à100 kg ou	2 à 10 millions	jusqu'à 30 ans
		100 plants		_
		Moins de	500 000 à	jusqu'à 10 ans
		50 kg	2 millions	

Tableau 2

Simple possession					
Drogue	Infraction/ récidive	Quantité	Amende	Peine	
	,		(en dollars)	d'emprisonnement	
A base de	Première	Plus de 5 g	Jusqu'à 250 000	de 5 à 20 ans	
cocaïne	Première	5 g ou moins	1 000 minimum	jusqu'à 1 an	
Toutes les	Première	N'importe			
autres drogues		quelle quantité			
À base de	Deuxième ²²⁵	Plus de 3 g	Jusqu'à 250 000	de 5 à 20 ans	
cocaïne					
Toutes les	Deuxième	N'importe	2 500	de 15 jours à 2 ans	
autres drogues		quelle quantité	minimum		
A base de	Troisième	Plus de 1 g	Jusqu'à 250 000	de 5 à 20 ans	
cocaïne					
Toutes les	Troisième	N'importe	5 000	de 90 jours à 3 ans	
autres drogues		quelle quantité	minimum		

²²⁴ La distribution d'une petite quantité de marijuana sans rémunération est traitée comme une simple possession et les peines applicables sont résumées dans le deuxième tableau.

225 Par condamnation antérieure, on entend une condamnation pour toute infraction prévue à la

Controlled Substances Act ou dans toute loi antidrogues d'un État.

Lois en vigueur dans les États

Généralités

Aux États-Unis, un groupe appelé National Conference of Commissioners on Uniform State Law a le mandat d'élaborer des lois que tous les États seront encouragés à adopter en vue de promouvoir l'uniformisation législative dans le pays. La plus récente Uniform Controlled Substances Act date de 1994. Cette loi définit en détail les activités illicites, mais elle laisse la détermination des amendes et des peines à la discrétion de chaque État. La plupart des États ont adopté les principales dispositions de la Uniform Act²²⁶, à l'exception du New Hampshire et du Vermont, où les lois en vigueur ne sont pas calquées sur la Uniform CSA, bien qu'elles contiennent certaines dispositions similaires et visent le même objectif général. Il importe également de signaler certaines exemptions relatives à l'utilisation de la marijuana à des fins médicales, dont il sera question plus loin.

En ce qui a trait à la détermination des peines, il existe de grandes différences entre les États.²²⁷ En ce qui concerne les infractions relatives à d'autres drogues, certains États appliquent des peines extrêmement sévères. D'autres États qui appliquent des peines aussi sévères sont en train de réviser les peines obligatoires minimales, souvent pour des raisons d'ordre fiscal. Par exemple, l'assemblée législative de la Louisiane a remanié ses lois antidrogues en juin 2001. La nouvelle législation prévoit des peines réduites pour les infractions liées aux drogues et abroge les peines obligatoires minimales imposées pour de nombreux crimes non violents. Comme l'a dit un législateur républicain, « cela coûte trop cher d'emprisonner ces gens et de jeter la clé ».

L'usage médical de la marijuana

Depuis 1978, 35 États ont promulgué des lois relatives à l'utilisation de la marijuana à des fins médicales. Depuis lors, cinq de ces lois ont expiré ou ont été abrogées, mais les autres sont toujours en vigueur. Parmi les États restants:

• Douze États ont promulgué des lois créant des « programmes de recherche thérapeutique » qui autorisent la recherche scientifique (bien que l'interdiction fédérale en rende l'application complexe).

La Uniform Laws Annotated, Master Edition, volume 9, parties II, III et IV, présente des notes à l'usage des États qui adoptent la loi. Sous la rubrique General Statutory Note, il est dit que les États dont la loi antidrogues s'appuie sur la Uniform Act sont considérés comme ayant adopté de façon importante les principales dispositions de la Uniform Act, mais que le texte officiel de la loi de l'État s'écarte du texte officiel de telle manière qu'il est impossible d'indiquer avec précision dans les notes statutaires toutes les substitutions, omissions et adjonctions. Pour cette raison, on recommande de consulter la loi de chaque État pour connaître les détails particuliers de chaque CSA. Une autre référence utile est Richard A. Leiter (dir.), National Survey of State Laws, 3rd Ed., Detroit, Gale Group, 1999, qui présente, aux pages 152 à 188 des tableaux des infractions et des peines prévues par tous les États relativement à la cocaïne, à l'héroïne et à la marijuana.

²²⁷ L'Annexe 2 du rapport de B. Dolin, op. cit., décline les principales alternatives.

- Dix États (en plus du district fédéral de Columbia) ont promulgué des lois symboliques qui, tout en reconnaissant la valeur médicale potentielle de la marijuana, n'offrent aucune protection contre les arrestations.
- Huit États ont adopté des lois qui autorisent les patients à consommer de la marijuana à des fins médicales malgré l'interdiction fédérale.

Le tableau suivant résume la situation dans les huit États qui ont adopté de telles lois autorisant l'utilisation de marijuana à des fins médicales. Même si la possession de marijuana demeure un crime fédéral, la plupart des arrestations liées à la drogue sont effectuées par la police de l'État ou la police locale. Comme le gouvernement fédéral ne peut forcer ces corps policiers à appliquer les lois fédérales, les consommateurs de marijuana à des fins médicales parviennent généralement à échapper aux poursuites dans ces États. Cependant, comme la marijuana n'est pas vendue en pharmacie, certains centres de distribution, appelés « clubs d'acheteurs », ont vu le jour, mais ils se sont butés à la loi fédérale.

La Cour suprême s'est récemment penchée sur le cas des «clubs d'acheteurs » dans l'affaire Conant c. Oakland Cannabis Buyers' Cooperative. 228 La Cour a statué à l'unanimité qu'on ne pouvait plaider la nécessité médicale pour se soustraire aux interdictions relatives à la fabrication et à la distribution de marijuana prévues à la Controlled Substances Act. Comme cette drogue est classée dans l'annexe 1 de la CSA, elle est considérée comme n'ayant pas d'usage médical. Bien que l'arrêt Conant ne rende pas inopérantes les lois des États concernant l'usage thérapeutique de la marijuana, il accroît néanmoins le pouvoir fédéral d'intenter des poursuites en vertu de la CSA dans tous les États. Cela dit, les efforts du gouvernement fédéral pour appliquer la loi n'ont jamais visé, jusqu'à maintenant, les personnes qui possèdent ou cultivent de petites quantités à des fins thérapeutiques. Ils ne visaient que les « clubs d'acheteurs » (également appelés « club compassion »).

Au sujet du tableau suivant, il est à noter que la qualité de marijuana qu'un patient peut posséder varie d'un État à l'autre, de même que les dispositions qui dégagent les soignants de toute responsabilité criminelle.

État et date de promulgation	Protection offerte	Documentation requise
	aux patients	

 $^{^{228}}$ N° 00-151. Entendue le 28 mars 2001 – Décision rendue le 14 mai 2001. Citée sous : 532 U.S. __ (2001).

RAPPORT DU COMITÉ SPÉCIAL DU SÉNAT SUR LES DROGUES ILLICITES: LE CANNABIS

État et date de promulgation	Protection offerte aux patients	Attestation signée par le médecin confirmant que le patient a été examiné, qu'il souffre d'une maladie débilitante et que d'autres médicaments ont été envisagés.		
Alaska – le 3 nov. 1998	Défense affirmative ⁽²²⁹⁾ assurée aux patients inscrits auprès de l'État			
Californie – le 5 nov. 1996	Pas de poursuite lorsque le patient possède ou cultive de la marijuana uniquement à ses propres fins thérapeutiques.	Approbation écrite ou verbale du médecin qui a jugé que la marijuana pouvait être bénéfique pour la santé du patient dans le traitement d'une maladie reconnue.		
Colorado – le 7 nov. 2000	Pas de poursuite lorsque le patient détient une fiche d'inscription; défense affirmative lorsqu'il ne détient pas de fiche mais qu'il se conforme aux exigences de la loi.	La maladie débilitante a été diagnostiquée avant l'arrestation du patient et celui-ci a obtenu une recommandation d'un médecin attestant que la marijuana pourrait le soulager.		
Hawaii – le 14 juin 2000	Pas de poursuite lorsque le patient détient une fiche d'inscription; la défense <i>choice of evils</i> (choix entre deux maux) est également autorisée (230).	Fiche obtenue sur présentation du dossier médical ou attestation d'un médecin que le patient souffre d'une maladie débilitante et que les bienfaits de la marijuana peuvent vraisemblablement compenser les risques pour la santé.		
Maine – le 2 nov. 1999	L'État a le fardeau de prouver que l'usage de la drogue à des fins thérapeutiques par le patient n'est pas autorisé par la loi.	Dossier médical ou lettre d'un médecin attestant que le patient souffre d'une maladie reconnue, qu'il a informé le patient des risques et que le patient pourrait être soulagé par l'utilisation thérapeutique de la marijuana.		
Nevada – le 7 nov. 2000	Pas de poursuite.	« Recommandation requise »; le législateur n'a pas encore précisé les modalités.		
Oregon – le 3 nov. 1998	Pas de poursuite lorsque le patient détient une fiche d'inscription; défense affirmative lorsque le défendeur ne possède pas de fiche mais qu'il se conforme à la loi; défense choice of evils	La maladie débilitante a été diagnostiquée dans les 12 mois précédant l'arrestation du patient et celui-ci a obtenu une recommandation du médecin attestant que la marijuana pourrait atténuer les symptômes		

Une «défense affirmative » exige que le défendeur prouve selon toute probabilité qu'il ne déroge

pas à la loi.

La défense choice of evils (choix entre deux maux) désigne la défense fondée sur la nécessité médicale. prouver au tribunal, dans le cas de l'utilisation de la marijuana à des fins médicales, que son infraction à la loi s'avérait nécessaire pour éviter un plus grand mal, soit la douleur causée par la maladie débilitante. Certains États, comme on peut le voir dans le tableau, ont codifié ce moyen de défense.

État et date de promulgation	Protection offerte aux patients	Documentation requise
		ou les effets de la maladie.
Washington – le 3 nov. 1998	Pas de poursuite lorsque le patient est admissible, ne possède pas une quantité de marijuana supérieure à celle nécessaire pour son traitement et présente les documents valides requis par la loi; défense affirmative lorsqu'il est en conformité avec la loi.	Attestation signée par le médecin ou dossier médical indiquant que le médecin est d'avis que les « bienfaits potentiels » de la marijuana pourraient être supérieurs aux risques pour la santé.

Buts et objectifs de la politique fédérale de lutte contre les stupéfiants

Les buts de la politique nationale de lutte contre les stupéfiants des États-Unis, tels qu'énoncés, sont la prévention, l'éducation, le traitement et la recherche, complétés par des activités de « réduction de l'offre »²³¹. Dans le rapport annuel 2001 du Bureau de la politique nationale de lutte contre les stupéfiants (ONDCP), on peut lire ce qui suit :

[Traduction] «Au moyen d'un éventail équilibré de mesures visant à réduire la demande et l'offre, notre objectif est de réduire de moitié, d'ici 2007, la disponibilité et l'abus de drogues et d'au moins 25 % les conséquences de l'abus. »

En comparant le problème de la drogue au cancer, l'ONDCP énumère les buts et les objectifs stratégiques suivants comme étant au cœur de l'intervention du gouvernement fédéral dans ce domaine. 233

But 1: Éduquer les jeunes Américains et leur donner les moyens de rejeter les drogues illicites de même que l'alcool et le tabac.

- Objectif 1 : Éduquer les parents et autres aidants naturels, les enseignants, les entraîneurs, les membres du clergé, les professionnels de la santé, les dirigeants du milieu des affaires et de la collectivité afin qu'ils aident les jeunes à rejeter les drogues illicites et à renoncer à la consommation d'alcool et de tabac avant l'âge légal.
- Objectif 2 : Mettre en œuvre un vigoureux programme de publicité et de communication pour faire connaître les dangers de la consommation de drogues illicites, d'alcool et de tabac chez les jeunes.
- Objectif 3: Promouvoir des politiques de tolérance zéro à l'égard des jeunes qui consomment des

En ligne à l'adresse suivante :

http://www.whitehousedrugpolicy.gov/publications/policy/99ndcs/goals.html.

National Drug Control Strategy: 2001 Annual Report, Office of National Drug Control Policy, page 3.

Ibid., page 4.

- drogues illicites, de l'alcool et du tabac à la maison, à l'école, au travail et au sein de la collectivité
- Objectif 4: Mettre en place des programmes et des politiques de prévention fondés sur des recherches à l'intention des élèves de la maternelle à la 12^e année afin de prévenir la consommation d'alcool, de tabac et de drogues illicites.
- Objectif 5 : Aider les parents et les mentors adultes à encourager les jeunes à adopter un mode de vie positif et sain et à leur servir de modèles.
- Objectif 6 : Encourager et faciliter la création de coalitions et de programmes communautaires visant à prévenir l'usage de drogues ainsi que la consommation d'alcool et de tabac chez les mineurs.
- Objectif 7 : Créer des partenariats avec les médias, l'industrie des loisirs et les associations sportives professionnelles dans le but de prévenir l'idéalisation, la tolérance ou la banalisation des drogues illicites et de la consommation d'alcool et de cigarettes par les jeunes.
- Objectif 8 : Élaborer et appliquer une série de principes étayés par la recherche pouvant servir de point de départ à l'élaboration d'un programme de prévention.
- Objectif 9 : Soutenir et valoriser la recherche, notamment la production de données scientifiques, dans le but d'enrichir les programmes de lutte contre les drogues, l'alcool et le tabac à l'intention des jeunes.

But 2 : Accroître la sécurité des Américains en réduisant de manière substantielle les crimes et la violence liés à la drogue.

- Objectif 1 : Renforcer l'application de la loi, notamment grâce à des groupes d'intervention antidrogue mandatés par le gouvernement fédéral, les États et les localités pour combattre la violence liée à la drogue, démanteler les organisations criminelles et arrêter et poursuivre en justice les chefs de syndicats de trafiquants.
- Objectif 2 : Accroître la capacité des zones de trafic intense de stupéfiants à lutter contre le trafic des stupéfiants.
- Objectif 3 : Faciliter l'application des lois afin de démanteler les réseaux de blanchiment d'argent et saisir et confisquer les revenus provenant de la criminalité.
- Objectif 4: Briser le cycle de l'abus de drogues et de la violence.
- Objectif 5 : Soutenir et valoriser la recherche, notamment la production de connaissances et de données scientifiques, dans le but de faciliter l'application de la loi ainsi que la poursuite, l'incarcération et le traitement des contrevenants impliqués dans des affaires de drogues illicites.

But 3: Réduire les coûts de santé et les coûts sociaux engendrés par la consommation de drogues illicites.

- Objectif 1 : Soutenir et promouvoir le traitement efficace, efficient et accessible des toxicomanes par la mise en place d'un système adapté aux nouvelles tendances en matière de toxicomanie.
- Objectif 2 : Réduire les problèmes de santé liés à la drogue, en particulier les maladies infectieuses.
- Objectif 3 : Promouvoir l'adoption nationale de programmes sans drogue en milieu de travail, particulièrement d'un programme général comprenant les volets suivants : tests de dépistage de drogues, éducation, prévention et intervention.

- Objectif 4 : Soutenir et promouvoir l'éducation, la formation et la certification de professionnels travaillant auprès de toxicomanes.
- Objectif 5 : Soutenir la recherche visant la mise au point de médicaments et de protocoles connexes pour prévenir ou réduire la dépendance aux drogues et leur consommation.
- Objectif 6 : Soutenir et valoriser la recherche et la technologie, notamment la collecte et l'analyse de données scientifiques, afin de réduire les coûts sociaux et les coûts de santé engendrés par la consommation de drogues illicites.
- Objective 7: Soutenir la recherche scientifique sur les conséquences de la légalisation des drogues et en diffuser les résultats et les données pertinentes.

But 4 : Protéger les frontières aériennes, terrestres et maritimes des États-Unis contre la menace des stupéfiants.

- Objectif 1 : Mener des opérations adaptées au contexte visant à localiser, démanteler, détourner et saisir les drogues illicites qui transitent vers les États-Unis et aux frontières du pays.
- Objectif 2 : Améliorer la coordination et l'efficacité des programmes américains d'application de la loi en mettant l'accent sur la frontière sud-ouest, Porto Rico et les îles Vierges américaines.
- Objectif 3 : Accroître la coopération bilatérale et régionale avec le Mexique et les autres pays par où transitent la cocaïne et l'héroïne afin de réduire l'entrée de drogues illicites aux États-Unis.
- Objectif 4 : Soutenir et valoriser la recherche et la technologie notamment la production de connaissances et de données scientifiques afin de repérer et de saisir les drogues illicites qui transitent vers les États-Unis et aux frontières du pays et de démanteler et de décourager leur trafic.

But 5 : Démanteler les sources étrangères et nationales d'approvisionnement en drogues.

- Objectif 1 : Réduire considérablement la culture mondiale de coca, d'opium et de marijuana et la production d'autres drogues illicites, en particulier la méthamphétamine.
- Objectif 2 : Désorganiser et démanteler les grandes organisations internationales de trafic de stupéfiants et arrêter, poursuivre et incarcérer leurs chefs.
- Objectif 3 : Participer aux efforts de lutte contre la drogue dans les pays producteurs et renforcer la volonté politique et les moyens de contrôle de ces pays en ce qui a trait aux drogues.
- Objectif 4 : Mettre sur pied et soutenir des initiatives bilatérales, régionales et multilatérales et mobiliser les efforts des organisations internationales en vue de lutter contre tous les aspects de la production, du trafic et de la consommation de drogues illicites.
- Objectif 5 : Promouvoir des politiques et des lois internationales visant à décourager le blanchiment d'argent et à faciliter les enquêtes sur le blanchiment d'argent ainsi que la saisie des revenus générés par cette activité.
- Objectif 6 : Soutenir et valoriser la recherche et la technologie, notamment la production de données scientifiques, visant à réduire l'approvisionnement mondial en drogues illicites.

Administration de la politique

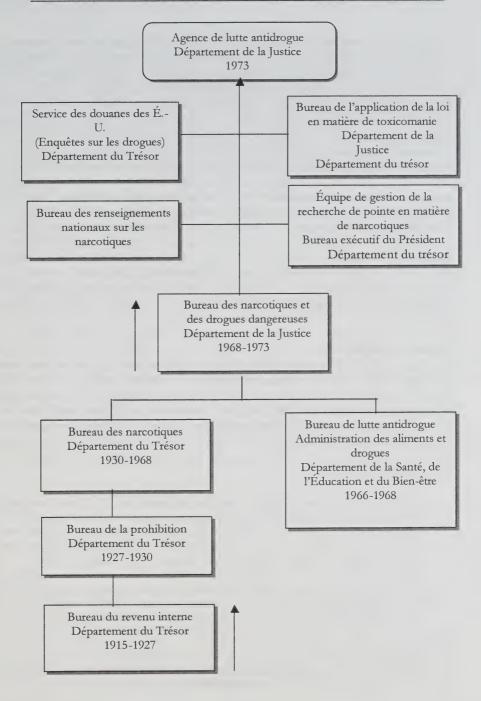
Comme nous l'avons dit plus haut, le budget national consacré à la lutte antidrogue est colossal. Plus de 18 milliards \$ US sont prévus au budget de l'exercice 2001 pour soutenir les buts et les objectifs de la stratégie nationale de lutte contre les stupéfiants. De nombreux départements fédéraux, notamment ceux de la Défense, de l'Éducation et de la Justice, ainsi que le Département d'État et le Trésor, y participent et ils doivent souvent coordonner leurs efforts avec les gouvernements des États et les agences gouvernementales locales ainsi qu'avec une diversité de groupes communautaires et professionnels. Le Bureau de la politique nationale de lutte contre les stupéfiants assure la coordination de toutes ces activités.

Le département de la Justice, l'un des acteurs clés, est responsable des nombreuses agences œuvrant dans ce domaine et il reçoit une part importante du budget consacré à la lutte contre les stupéfiants, soit plus de 8 milliards \$ US en 2001²³⁴ Il finance diverses agences, notamment le *Bureau of Prisons*, le *F.B.I.*, INTERPOL, le *U.S. Marshals Service*, l'Immigration and Naturalization Service et la Drug Enforcement Administration (DEA). La DEA²³⁵ mérite une mention spéciale dans l'administration de la politique antidrogue par le département de la Justice. Sa mission consiste à appliquer les lois et les règlements sur les substances contrôlées et à recommander et appuyer des programmes visant à réduire la disponibilité des substances contrôlées illicites sur les marchés nationaux et internationaux. Créée en 1973, cette agence a succédé au FBN d'Anslinger et à d'autres organismes fédéraux d'application des lois, comme on peut le constater dans l'organigramme suivant.²³⁶

²³⁴ Source: Bureau exécutif du Président des États-Unis, Summary: FY 2002 National Drug Control Budget, avril 2001, page 11.

Adresse du site Web de la DEA : http://www.usdoj.gov/dea/.

Source: Site Web de la DEA:, http://www.usdoj.gov/dea/agency/genealogy.htm



Outre ses fonctions d'application de la loi, la DEA gère le service national de renseignements sur les stupéfiants et elle est responsable, sous la direction stratégique du Secrétariat d'État et des ambassadeurs américains, de tous les programmes qui comportent un lien avec ses homologues chargés de l'application des lois sur les drogues dans les pays étrangers. À ce titre, l'Agence assure un lien avec les Nations Unies, l'Interpol et d'autres organisations sur les dossiers concernant les programmes internationaux de lutte contre les stupéfiants. Au nombre des mesures extraterritoriales prises par les Américains figurent «l'Opération Colombie », un programme visant à réduire la production de cocaïne dans ce pays et auquel plus d'un milliard de dollars ont été affectés, ainsi que des mesures conjointes d'application des lois prises de concert avec des gouvernements étrangers, notamment celui du Mexique. En outre, le Foreign Assistance Act oblige l'administration américaine à limiter considérablement l'aide bilatérale accordée aux pays considérés par la Maison Blanche comme de grands producteurs de stupéfiants ou comme principales routes d'acheminement des stupéfiants. De même, le Foreign Narcotics Kingpin Designation Act permet au président de désigner des étrangers comme «barons de la drogue » et, ainsi, de les priver de tout accès au système financier américain et de rendre illégale toute transaction entre eux et des entreprises ou des particuliers des États-Unis.

Sujets d'actualité et débats

Les coûts de l'incarcération, l'application plus fréquente des lois antidrogues aux minorités ethniques et la corruption policière qu'occasionne la guerre aux drogues font l'objet, dans ce débat permanent, d'une attention croissante. En effet, le gouverneur républicain du Nouveau Mexique a appelé à la décriminalisation de toutes les drogues – « Il faut en contrôler, en réglementer et en taxer la vente » 237 – signalant que préférer régler les problèmes découlant de l'abus des drogues en incarcérant les toxicomanes plutôt qu'en les traitant coûte de plus en plus cher. Lors de nos audiences, le Gouverneur nous a dit :

« (...) je pense que la guerre à la drogue a abouti à un échec retentissant. (...) Quand je constate que la moitié de l'argent que nous dépensons pour faire exécuter les lois, la moitié de l'argent que nous dépensons pour faire marcher les tribunaux et la moitié de l'argent que nous dépensons pour faire fonctionner les prisons est lié à la drogue, je sais que c'est là le problème le plus important auquel nous sommes confrontés aujourd'hui. Aux États-Unis, nous dépensons chaque année 50 milliards \$ à cause d'activités criminelles reliées à la drogue. (...) Aux États-Unis, les deux-tiers des détenus sont incarcérés à la suite de condamnations ayant trait à la drogue. Près de 500 000 personnes, un quat de la population carcérale, sont en prison à cause d'actes liés aux drogues. Il en coûte aux États-Unis plus de 8,6 milliards \$ par an juste pour garder enfermés des gens condamnés pour une infraction liée aux

 $^{^{237}}$ « New Mexico Governor Calls for Legalizing Drugs », CNN.com, 6 octobre 1999. Disponible en ligne à : www5.cnn.com/US/9910/06/legalizing.drugs.01/.

drogues. En dépit de toutes ces dépenses, les drogues illicites sont maintenant moins chères, plus disponibles et plus fortes qu'elles ne l'étaient il y a 20 ans.

(...) Aux États-Unis, quand les gens sont arrêtés, c'est parce qu'ils possèdent laquelle de ces substances? Nous arrêtons 1,6 million de personnes par an. La population du Nouveau Mexique est de 1,8 million d'habitants. J'habite le Nouveau-Mexique, un état gigantesque, et quand je m'y promène, je ne peux pas m'empêcher de penser que l'équivalent de la population de Nouveau-Mexique est arrêtée chaque année aux États-Unis. C'est absolument choquant. Sur ces 1,6 million d'arrestations, il y en a 800 000 pour possession de marijuana et la moitié du temps ce sont des Hispaniques qui sont arrêtés. Est-ce que la moitié des consommateurs de marijuana des États-Unis sont des Hispaniques? Non, pourtant on arrête de façon disproportionnée parmi la communauté hispanique.

Dans l'état actuel des choses que devons-nous faire? Premièrement il faut légaliser la marijuana. Deuxièmement, il faut adopter des stratégies de réduction des méfaits en ce qui concerne toutes les autres drogues. Troisièmement, il faut passer d'une approche axée sur la criminalisation à un modèle médical. » ²³⁸

D'autres dénoncent la politique actuelle parce que les Afro-américains sont ciblés de façon disproportionnée par les agents d'application des bis antidrogue. Le groupe Human Rights Watch a révélé, dans une étude publiée en 2000, que les Noirs comptent pour 62,7 % de l'ensemble des contrevenants incarcérés dans les prisons d'État pour des infractions liées aux drogues, tandis que les Blancs n'en représentent que 36,7 %, même si les données confirment que ce clivage racial «n'a qu'un lointain rapport avec l'écart numérique séparant les Noirs et les Blancs qui contreviennent aux lois antidrogue »²³⁹. Divers experts signalent aussi l'effet délétère des drogues sur l'application des lois, notamment Joseph McNamara, ancien chef de police de San Jose, Californie, maintenant à la retraite, selon lequel la corruption des fonctionnaires sera un problème grave « tant que la politique antidrogues actuelle restera en vigueur »²⁴⁰.

²³⁸ Témoignage du Gouverneur Gary E. Johnson, Nouveau-Mexique, devant le Comité spécial du Sénat sur les drogues illicites, Sénat du Canada, première session de la trente-septième législature, 5 novembre 2001, fascicule 9, pages 36 à 38.

Fellner, Jamie, avocat-conseil pour Human Rights Watch, «United States: Punishment and Prejudice: Racial Disparities in the War on Drugs», Human Rights Watch, mai 2000, au paragraphe 2 de «Summary and Recommendations». Disponible en ligne à : www.hrw.org/reports/2000/usa.

McNamara, J. D., «When Cops Become the Gangsters », Los Angeles Times, 21 septembre 1999. Disponible en ligne à : www.nakedgov.com/mcnamara.htm.

Statistiques

Nous avons présenté au chapitre 6 un ensemble de données sur l'usage de cannabis. Nous terminons cette description de la situation aux USA par un ensemble de tableaux sur certains indicateurs sélectionnés.

Estimation de la consommation nationale de drogues aux États-Unis (en tonnes métriques)²⁴¹

Année	Cocaïne	Héroïne	Marijuana	Méthamphétamine
1996	288	12,4	874	14,3
1997	312	13,1	960	11,9
1998	291	12,5	952	15,9
1999	276	12,9	982	15,5
2000	269	12,9	1 009	15,5

Enquête nationale de 1997 auprès des ménages sur l'abus de drogues :

consommation de drogues illicites dans le passé²⁴²

Âge du répondant	Jamais consommé	L'année dernière	Le mois dernier
12 – 17	23,7 %	18,8 %	11,4 %
18 – 25	45,4 %	25,3 %	14,7 %
26 – 34	50,8 %	14,3 %	7,4 %
35 et plus	31,5 %	6,1 %	3,6 %

Quantité de drogue consommée en 1998 par des élèves du secondaire supérieur²⁴³

Drogue	Jamais consommé	L'an dernier	Le mois dernier
Marijuana	49,1 %	37,5 %	22,8 %
Cocaïne	9,3 %	5,7 %	2,4 %
Crack	4,4 %	2,5 %	1 %
Stimulants	16,4 %	10,1 %	4,6 %
LSD	12,6 %	7,6 %	3,2 %
PCP	3,9 %	2,1 %	1 %
Héroïne	2 %	1 %	0,5 %

243 Ibid.

²⁴¹ Source: Bureau de la politique nationale de lutte contre les stupéfiants. 2000. What America's Users Spend on Illegal Drugs, 1988-1998.

²⁴² Source : Bureau de la politique nationale de lutte contre les stupéfiants, Centre de documentation sur la politique antidrogue, *Drug Data Summary*, avril 1999.

Prix des drogues et degrés de pureté : années choisies entre 1981 et 1998²⁴⁴

Quantité	1981	1988	1996	1997	1998
achetée	Prix/Pureté	Prix/Pureté	Prix/Pureté	Prix/Pureté	Prix/Pureté
	(le g pur)				
			Cocaïne		
1 g ou	378,70\$/	218,33\$/	159,05\$	178,97\$/6	169,25\$/7
moins	40,02 %	75,99 %	72,5 %	4,72 %	1,23 %
10	191,5/	78,84/	49,45/	45,58/67,	44,30/65,
à 100 g	59,59 %	83,53 %	68,44 %	05	92
			Héroïne		
0,1 g ou	3 114,80/4,	2 874,19/1	2 175,88/	2 114,97/2	1 798,80/2
moins	69	9,22	23,95	5,24	4,29
1 à	1 194,05/1	947,32/39,	373,30/45	327,88/45,	317,97/51,
10 g	9,1	48	,21	38	33
			Marijuana		
10 g ou	6,41 \$	12,50	10,42	10 \$	10,41
moins		\$	\$		\$
100	2,75	3,41	2,95	2,63	2,59
à 999 g					

Budget national consacré à la lutte contre les drogues²⁴⁵

Année	Montant (en milliards de \$US)
1999	17,1
2000	17,9
2001	18,1
2002	19,2

²⁴⁴ Ihid

Ces chiffres représentent les fonds dépensés pour soutenir les buts et les objectifs de la Stratégie nationale de lutte contre les stupéfiants et comprennent les sommes figurant au budget de divers départements, notamment Défense, Éducation, Justice, État et Trésor. Source: National Drug Control Budget Executive Summary, Fiscal Year 2002, Bureau de la politique nationale de lutte contre les stupéfiants, 9 avril 2001.

RAPPORT DU COMITÉ SPÉCIAL DU SÉNAT SUR LES DROGUES ILLICITES: LE CANNABIS

Estimation du nombre total d'arrestations et du nombre d'arrestations liées aux drogues

1989-1999²⁴⁶

Année	Nombre total	Arrestations	toutes	Réparti	tion des arrestat	ions pour	infractions liée	es aux dro	gues
	d'arrestation	drogues conf	fondues	Héroïne/Cocaïne		N	farijuana 💮 💮	Autres	
	,	Nombre	0/0	Vente	Possession	Vente	Possession	Vente	Possession
1989	14 340 900	1 351 700	,4	19,1	34,7	6,2	23,1	7,0	9,8
1990	14 195 100	1 089 500	,6	21,0	33,3	6,1	23,9	4,5	11,2
1991	14 211 900	1 010 000	,1	22,5	32,8	6,1	22,4	4,8	11,5
1992	14 075 100	1 066 400	,5	20,6	32,4	6,6	25,5	4,6	10,4
1993	14 036 300	1 126 300	,0	19,2	31,1	6,2	27,6	4,3	11,6
1994	14 648 700	1 351 400	,2	16,8	30,3	5,8	29,8	4,1	13,2
1995	15 119 800	1 476 100	,7	14,7	27,8	5,8	34,1	4,4	13,3
1996	15 168 100	1 506 200	,9	14,2	25,6	6,3	36,6	4,3	13,3
1997	15 284 300	1 583 600	0,3	10,3	25,4	5,6	38,3	4,7	15,8
1998	14 528 300	1 559 100	0,7	11	25,6	5,4	38,4	4,8	14,8
1999	14 031 070	1 532 200	0,9	10	24,5	5,5	40,5	4,1	15,4

²⁴⁶ Source: Crime in the United States: Uniform Crime Reports, U.S. Department of Justice, Federal Bureau of Investigation (1990-2000).

Adultes emprisonnés dans des établissements carcéraux des États ou du gouvernement fédéral ou dans des prisons locales, 1989-1999²⁴⁷

Année	Prisons	Prisons	Total –	% de p	ersonnes	Prisons
	d'État	fédérales	prisons		rées pour	locales
			d'État &	infraction	ns liées à la	
		1 1	fédérales	dr	ogue	
	* · ×	- ' '	11 72	Fédérales	État	
1989	629 995	53 387	683 382	49,9	19,1	395 553
1990	684 544	58 838	743 382	53,5	21,7	405 320
1991	728 605	63 930	792 545	55,9	21,3	426 479
1992	778 495	72 071	850 566	58,9	22,1	444 584
1993	828 566	80 815	909 381	59,2	22,1	459 804
1994	904 647	85 500	990 147	60,5	22,4	486 474
1995	989 004	89 538	1 078 542	59,9	22,7	507 044
1996	1 032 440	95 088	1 127 528	60,0	22,7	518 492
1997	1 059 588	99 175	1 176 922	62,6	20,7	567 079
1998	1 178 978	123 041	1 232 900	58,7	20,7	592 462
1999	1 209 123	135 246	1 366 369	57,8	Données	605 943
					non disponibles	

Populations correctionnelles aux États-Unis: statistiques choisies pour 1997²⁴⁸

En 1997, environ 5,7 millions de résidents adultes américains (soit près de 2,8 % de l'ensemble de la population adulte résidant aux États-Unis) se trouvaient sous une forme ou une autre de surveillance correctionnelle. Environ 70 % étaient sous surveillance dans la collectivité, en probation ou en libération conditionnelle. Près de 9 % des adultes Noirs étaient sous supervision correctionnelle tandis que chez les adultes Blancs, ce chiffre s'établissait à 2 % et pour les autres races, le total s'établissait à 1,3 %.

Poursuites fédérales pour des infractions liées aux drogues : statistiques choisies pour 1999²⁴⁹

En 1999, les procureurs américains ont entamé des procédures d'instruction touchant 117 994 suspects. Dans 32 % des cas, il s'agissait de poursuites pour des infractions liées à la drogue. Le nombre de suspects comparaissant devant un tribunal

²⁴⁷ Sources: Bureau of Justice Statistics Bulletin, *Prisoners in 1999* (Aug, 2000), *Prisoners in 1998* (Aug, 1999), *Prisoners in 1997* (Aug, 1998), *Correctional Populations in the United States*, 1995, 1994, 1993, 1992, 1991, 1990, 1989. *Jails and Jail Inmates*, 1993-94. *Jail Inmates*, 1992; 1990. Les données relatives aux pourcentages pour 1997 de personnes condamnées pour des infractions liées à la drogue sont tirées du rapport spécial sur les statistiques du bureau de la Justice, *Substance Abuse and Treatment, State and Federal Prisoners*, 1997 (janvier 1999) et de données non publiées provenant du Bureau des prisons.

²⁴⁸ Source : *Correctional Populations in the United States*, 1997, Bureau des statistiques de Justice, Département de la Justice des É.-U., (novembre 2000).

²⁴⁹ Source: U.S. Compendium of Federal Judicial Statistics, 1999, (avril 2001).

de district des États-Unis pour des infractions liées à la drogue (77 %) était supérieur à celui des suspects poursuivis pour des crimes violents (59 %), des infractions contre l'ordre public (53 %) ou des infractions contre la propriété (50 %). Parmi les contrevenants reconnus coupables de crimes graves (« felony ») liés à la drogue par un tribunal fédéral en 1999, 93 % ont été condamnés à des peines d'emprisonnement. La durée moyenne des peines pour tous les contrevenants condamnés par un tribunal fédéral en 1999 était de 57,8 mois; pour les infractions liées à la drogue, la durée moyenne était de 75,4 mois.

Saisies de biens autres que des drogues effectuées par la DEA - 1997²⁵⁰

Au cours de l'exercice 1997, la *Drug Enforcement Administration* a procédé à 15 860 saisies de biens autres que des drogues en vertu des lois sur la confiscation de drogues. La valeur totale de ces biens est estimée à 552 millions \$ US.

Type de biens	Nombre de saisies	Valeur (en dollars)		
Devises	8 123	284 680 029		
Autres instruments financiers	507	73 602 092		
Biens immobiliers	748	108 833 498		
Véhicules	3 695	47 379 874		
Embarcations	111	5 884 754		
Aéronefs	24	8 945 000		
Autres moyens de transport	172	1 734 731		
Autres	2 480	1 734 731		

Source : Centre de documentation du Bureau de la politique nationale de lutte contre les drogues, Drug Data Summary, Avril 1999.

CHAPITRE 21

OPTIONS DE POLITIQUE PUBLIQUE

Une politique publique ne se réduit pas à la législation habilitante, dans ce cas-ci la loi pénale. Pourtant, en matière de drogues illicites, la législation pénale occupe une place symbolique et matérielle déterminante. En fait, tout se passe comme si elle était l'ossature même de toute la politique publique. Les débats publics sur le cannabis ne tournent pas autour des questions de santé publique, de santé des usagers, ou de prévention des usages à risque et excessifs, mais portent sur les questions de savoir s'il faut décriminaliser ou non, créer une infraction civile ou garder une infraction pénale, si l'on peut légaliser et jusqu'où. D'ailleurs, au moment même où nous mettons la dernière main à notre rapport, le ministre de la Justice du Canada lance précisément quelques ballons d'essai sur la «décriminalisation» du cannabis. Indépendamment des mérites de cette approche – que la suite de ce chapitre explicitera et commentera – il est clair pour nous que modifier ici ou là la loi pénale ne fait pas une politique publique en la matière. En ce qui nous concerne, une politique publique en matière de cannabis doit être d'abord et avant tout, et essentiellement, une politique de santé publique axée sur la responsabilisation des pouvoirs publics et des usagers.

Sur un plan général, la tendance à réduire les débats sur les drogues à leur support juridique s'inscrit sûrement dans le contexte de la juridicisation croissante des relations sociales, où l'adoption d'une loi est devenue l'outil central, parfois unique, de la politique d'État. Mais en matière de drogues illicites, il y a d'autres facteurs à l'oeuvre.

D'une part, cette attitude s'inscrit au cœur même des approches adoptées depuis le début du XXe siècle en matière de drogues, où la prohibition pénale a été le fil conducteur – et réducteur – des politiques publiques. Ce n'est en fait qu'en raison de la « crise » du sida que l'on a «découvert » les mérites d'une approche de réduction des méfaits pour les usagers de drogues. Découverte qui n'était pas nécessairement fondée, chez les décideurs, sur une volonté de protéger la santé des usagers de drogues autant que sur la protection de la société des non-usagers. De même quand on s'est attaqué aux problèmes de criminalité découlant de la criminalisation des drogues pour les usagers (nous ne parlons pas ici de la criminalité organisée des narcotrafiquants) ce n'était pas tant pour améliorer leurs conditions de vie que pour protéger les non-usagers des « méfaits » de l'usage de drogues.

D'autre part, l'interdit pénal demeure souvent, dans les mentalités, le «dernier rempart » contre la prolifération incontrôlée de l'usage de drogues. Sans l'interdit pénal, nous a-t-on dit, la consommation de cannabis pourrait bien exploser et être hors contrôle. L'hypothèse sous-jacente, rarement rendue explicite, voulant que la criminalisation des drogues contribue effectivement à en diminuer l'usage, n'a pourtant jamais été démontrée. Et ce chapitre démontrera que tout donne à penser que les politiques héritées de la prohibition ont peu d'effet sur les niveaux d'usage aussi bien que sur la disponibilité des drogues.

Une politique publique se réduit d'autant moins à l'adoption d'une législation que les lois ne contiennent que trop rarement des énoncés de principes directeurs qui permettraient d'en connaître les buts et objectifs. En matière de drogues illicites, où les enjeux relèvent de la santé publique et de la culture (incluant l'éducation et la recherche) d'abord et avant tout, et où le droit pénal ne devrait constituer qu'un dernier recours, une politique publique doit reposer sur des principes intelligibles et énoncer des objectifs clairs. Et pour se matérialiser, elle doit disposer de l'ensemble des outils capables d'agir sur les divers enjeux que les drogues posent aux sociétés. La législation est l'un de ces outils.

Les coûts sociaux et économiques des drogues illicites touchent de vastes pans de l'organisation sociale: ils se comptent en baisse de productivité et en pertes pour les entreprises, en heures d'hospitalisation et soins médicaux de toutes sortes, en temps policier et en jours d'incarcération, et en vies brisées ou perdues. Même si personne ne peut dire exactement quelle en est la proportion, une partie de ces coûts provient non pas des substances elles-mêmes mais du fait qu'elles soient criminalisées. La drogue qui est le plus souvent associée à la violence et à des infractions criminelles, incluant la conduite avec facultés affaiblies, est en fait la seule qui soit légale: l'alcool.¹ Quant au cannabis, hormis les réseaux criminalisés qui contrôlent une part du circuit de production et de distribution, il n'entraîne pas de criminalité ni d'insécurité. Même ses coûts sociaux et de santé sont relativement limités par rapport à ceux de l'alcool et du tabac. En fait, plus que pour n'importe quelle autre drogue illicite, nous pouvons affirmer que c'est sa criminalisation qui est la principale source de coûts sociaux et économiques.

Pourtant, malgré que les principaux coûts sociaux des drogues touchent les entreprises, la santé ou les familles, la trop grande importance du discours juridique crée un déséquilibre de l'action publique au profit des agences chargées de l'application de la loi. Personne ne niera que leur travail soit nécessaire pour assurer l'ordre et la paix publique et pour lutter contre la criminalité organisée. Au même moment, le fait que 90 % et plus des ressources soient consacrées à l'application de la loi, que les actions les plus visibles dans la sphère publique sur les drogues soient les opérations policières et les décisions des tribunaux, et que, au moins en matière de cannabis, la loi soit en

¹ Là-dessus, nous renvoyons à la récente étude menée pour le CCLAT : Permanen, K. et. al. (2002) op. cit.

décalage par rapport aux attitudes et opinions des citoyens, crée un fossé réel entre les besoins et la pratique.

La plupart des stratégies nationales connaissent une forme semblable de déséquilibre. Mais les stratégies nationales qui semblent les mieux à même de réussir sont celles qui se donnent des moyens pour corriger ce déséquilibre. Ces stratégies mettent en place des outils de connaissance et d'observation, identifient des indicateurs de réussite par rapport à leurs objectifs, et créent un véritable centre nerveux de mise en œuvre et de suivi de la politique publique. La loi, la loi pénale notamment, est alors remise à sa place qui est celle d'un moyen parmi d'autres pour atteindre les objectifs fixés et non de devenir un but en soi.

Ce chapitre se divise en trois sections. La première porte précisément sur la question de l'efficacité des mesures légales de lutte aux drogues et démontrera que les régimes juridiques ont peu d'effets sur la consommation ou sur l'offre. La seconde section décrit les diverses composantes d'une politique publique. Et la troisième réfléchit sur les orientations de la politique pénale, définissant au passage les principaux termes qui sont utilisés : décriminalisation, dépénalisation, déjudiciarisation, légalisation, réglementation.

L'INEFFICACITÉ DES POLITIQUES PÉNALES

On utilise généralement deux indicateurs clés pour mesurer l'efficacité des politiques pénales en matière de drogues : la diminution de la demande et la diminution de l'offre. Certains auteurs tentent aussi de mesurer l'efficience économique de diverses options de contrôle² mais nous laisserons cet aspect de côté, les données demeurant trop incomplètes.

Les moyens de mesurer l'impact des politiques publiques sur l'offre et la demande se heurtent à une série d'embûches méthodologiques. Premièrement, ces deux indicateurs sont relativement artificiels et surtout ne sont pas séparés l'un de l'autre ; c'est-à-dire que les actions sur l'un et sur l'autre sont concurrentes, souvent le fait des mêmes acteurs — pensons par exemple aux policiers qui font de «l'éducation» aux drogues dans les écoles, agissant théoriquement sur la demande mais faisant sûrement en même temps un travail susceptible de mener à une réduction de l'offre. Deuxièmement, la capacité des institutions responsables d'agir sur l'un et l'autre dépend en retour de toute une série d'indicateurs relatifs à leurs moyens et ressources, leurs pratiques et habiletés, leur compétence. Ainsi, pour la police, le nombre de policiers par habitant et les orientations générales des forces de l'ordre (police communautaire, police traditionnelle plus réactive) de même que la priorité accordée aux infractions reliées aux drogues, peuvent influencer le nombre d'incidents signalés et les décisions

² Sur cette question voir Jackson, A.Y. (2002) op. cit., et la discussion au chapitre 18.

de porter des accusations. Plus généralement, la quantité globale des ressources consacrées par un État à sa politique sur les drogues pourrait avoir un effet sur l'un et l'autre de ces indicateurs. En somme, la mesure de l'efficacité n'est pas immédiate.

Il est encore plus difficile d'évaluer, même indirectement, les effets des actions mises en œuvre, quand des objectifs clairs, idéalement accompagnés d'indicateurs, ne sont pas définis par l'autorité publique, ce qui est le cas au Canada actuellement comme nous l'avons vu au chapitre 11. Ceci étant, à défaut d'être en mesure de proposer une évaluation figoureuse des politiques publiques sur les drogues, nous examinerons la question par le biais d'une série d'indicateurs indirects.

Des impacts sur la consommation?

Orientation générale des politiques

Au niveau le plus général, les États, comme nous l'avons vu au chapitre précédent, donnent une orientation générale à leurs politiques sur les drogues : certaines plus tolérantes ou permissives comme aux Pays-Bas (mais aussi en Belgique, Espagne ou Allemagne) d'autres plus axées sur la prohibition et la non consommation comme aux États-Unis, en Suède ou en France. Ce sont là des catégorisations crues, réductionnistes de la complexité des politiques des uns et des autres. Même aux USA, où se poursuit une politique de «guerre à la drogue », les actions menées couvrent un vaste champ. De plus, entre le discours de politique publique et sa traduction dans des actions concrètes, il y a souvent un écart important. Par exemple, le discours répressif en France s'accompagne d'une activité policière limitée à l'endroit des usagers. Au Canada, plusieurs témoins nous ont dit que l'activité répressive de la police n'est pas suivie d'effet par les décisions des tribunaux. Il n'y a donc pas adéquation directe entre les énoncés politiques et les actions menées concrètement.

Diverses études comparatives ont tenté de répondre à la question de savoir si les politiques publiques influent sur les niveaux de consommation. Une étude menée par Reuband compare des pays européens «tolérants » (Pays-Bas, Espagne, Danemark et Italie) à des pays restrictifs (Allemagne, France, Norvège, Royaume-Uni et Suède). Cette étude n'a pas observé de différences significatives entre les niveaux de consommation, quelles que soient les orientations des politiques publiques.³

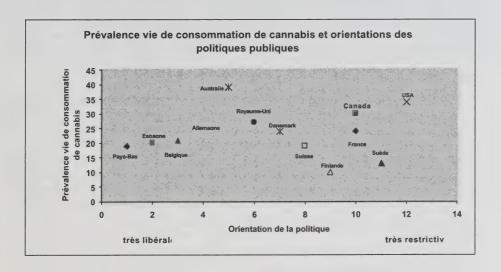
Le message du Conseil fédéral suisse sur la révision de la loi sur les stupéfiants rapporte les résultats d'une étude comparative de Cesoni sur 7 pays européens qui concluait que le régime juridique n'avait pas d'influence sur la fréquence de consommation.⁴

³ Reuband, K., (1995) « Drug use and drug policy in Western Europe. » *European Addiction Research*, vol 1, pages 32-41.

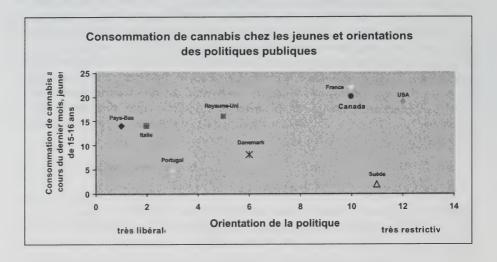
⁴ Ĉesoni, L.L. (1999) «Usage et actes préparatoires de l'usage des drogues illicites : les choix en matière d'ncrimination. Analyse comparative de l'usage de drogues illicites de sept législations européennes. In Conseil fédéral suisse, *op. cit.*, page 3560.

Une autre étude réalisée pour l'Office fédéral suisse de la Santé publique classe les politiques de pays européens sur un axe allant de «très libérale » à «très restrictive » et les met en relation avec la prévalence vie de consommation de cannabis. L'étude n'a pas observé de relation entre la sévérité de la législation et le niveau d'usage.⁵

Nous avons produit deux graphiques similaires, classant de la même manière les politiques des pays en ajoutant le Canada, l'Australie et les États-Unis. Nous avons utilisé les données du chapitre 6 sur la prévalence vie de consommation dans la population générale (graphique 1) et au cours du dernier mois chez les 15-16 ans (graphique 2).



⁵ Conseil fédéral Suisse (2001) Message concernant la révision de la loi sur les stupéfiants, page 3560.



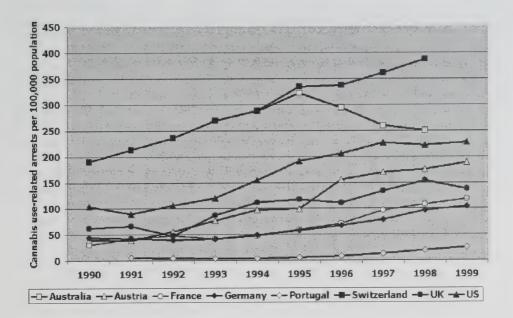
Ces graphiques démontrent qu'il n'y a pas de relation immédiate entre les tendances de consommation et les orientations des politiques publiques. Des pays à tendance très libérale ont des taux faibles (Espagne, Pays-Bas ou Portugal), tandis que des pays avec des politiques très restrictives ont des taux élevés (USA, Canada, France). Évidemment cette absence d'association peut s'expliquer par le fait que ces données statistiques sont statiques – il ne s'agit pas de séries temporelles – et donc peu sensibles aux variations qui peuvent se produire d'une année à l'autre. Mais elle s'explique peutêtre aussi par le fait qu'il se ferait peu d'arrestations d'usagers, traduisant ainsi une incohérence entre les discours et les actions concrètes. C'est ce qu'examine la section suivante.

Consommation de cannabis et arrestations

Divers auteurs ont examiné la relation entre les niveaux d'arrestation et la délinquance généralement, la consommation de drogues en particulier. L'une des études récentes a été menée par Kilmer⁶ dans le cadre de la Conférence scientifique européenne sur le cannabis. Nous reproduisons ce graphique à la page suivante.⁷

⁶ Kilmer, B., (2002) «Do cannabis possession laws influence cannabis use?» in Pelc, I. (dir.) *International Scientific Conference on Cannabis*. Bruxelles.

⁷ Ne disposant pas de la base de données originales, nous reproduisons le graphique en langue anglaise originale; les lecteurs francophones nous pardonneront cet écart.

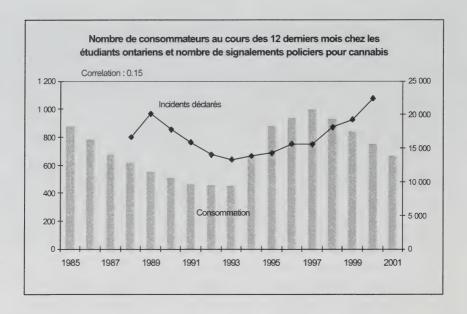


Ce graphique démontre que, dans tous les pays, le nombre d'arrestations par habitant pour possession simple de cannabis a augmenté au cours de la période 1990 – 1999, à l'exception de l'Australie. On observe que la Suisse, considérée comme relativement modérée actuellement, connaît le nombre le plus élevé d'arrestations par habitant, suivis par les USA, l'Autriche, le Royaume-Uni, la France et l'Allemagne.

Ici encore, il ne transparaît pas de relation immédiate entre les orientations de la politique publique et les décisions d'arrestation. Avec une orientation beaucoup moins sévère, la Suisse et l'Australie arrêtent proportionnellement plus que les USA, la Suisse ayant des taux de consommation nettement moins élevés que ceux des USA, tandis que ceux de l'Australie sont à peu près identiques.

Le nombre de policiers par habitant n'explique pas cette variation des taux d'arrestation: la France a beaucoup plus de policiers que les USA ou le Royaume-Uni mais arrête beaucoup moins que les USA et moins que le RU pour possession simple.

Nous avons produit un graphique mettant en relation l'usage de cannabis au cours des 12 derniers mois chez les étudiants de niveau secondaire en Ontario et les arrestations faites par les policiers pour possession de cannabis la même année. Nous avons choisi l'Ontario puisque c'est la seule province disposant de séries temporelles continues sur les niveaux de consommation, et que le niveau de signalement en Ontario est très près de la moyenne canadienne comme l'a démontré le chapitre 14. Le graphique suivant donne les résultats.



Ce graphique démontre une relation statistique très faible (0,15) entre l'activité policière et l'usage de cannabis. Autrement dit, l'activité policière ne dissuade pas les jeunes étudiants de faire au moins une expérimentation au cannabis.

Par ailleurs, la criminologie enseigne que ce n'est pas tant la sévérité des sentences qui importe pour dissuader de commettre une infraction que la probabilité de l'arrestation. En matière de lois sur les drogues, cette probabilité est très faible, comme le démontre le tableau suivant.

Probabilités d'arrestation pour possession de cannabis 8

	1995	1996	1997	1998	1999
Allemagne			2,7 %		
Australie	3,7 %		_,	2,1 %	
Autriche	1,7 %		1,7 %		2,0 %
Canada	1,8 %				ŕ
États-Unis	2,8 %	3,0 %	3,1 %	3,2 %	3,2 %
France					2,0 %
Royaume-Uni		2,1 %			
Suède			2,4 %	2,9 %	

⁸ Tableau tiré de Kilmer, B., op. ait., page 108.

Dépenses publiques

Si aucun des facteurs précédents n'est apparemment relié aux niveaux de consommation, peut-être le niveau de dépenses publiques l'est-il ?

Il est hasardeux de tenter d'estimer l'ensemble des coûts des politiques publiques en matière de drogues. Même sur un poste apparemment aussi précis que celui de l'application de la loi, les estimations sont imprécises : comme nous l'avons vu au chapitre 14, les coûts de l'application de la loi par les forces policières varient entre 700 millions \$ et 1 milliard \$. Les dépenses publiques spécifiques à la consommation de drogues pour le traitement ou la prévention, même si l'on sait qu'il s'agit de postes budgétaires nettement inférieurs à l'application de la loi, n'en sont pas moins imprécises. 9 Lorsqu'on veut faire des comparaisons internationales, les choses sont encore plus compliquées : les services sont organisés différemment, les coûts ne sont pas comptabilisés de la même manière, les orientations de service et plus généralement les orientations de l'État ne sont pas les mêmes.

Ces réserves faites, nous tentons néanmoins l'exercice à partir de données provenant de diverses sources. Pour rendre l'exercice un peu plus comparable, nous limitons la comparaison aux seules dépenses relatives à l'application de la loi, qui de toutes façons représentent entre 70 % et 90 % des dépenses publiques en matière de drogues illicites. Le tableau suivant résume les données. (Notons que, pour le Canada, nous avons utilisé les données de l'étude réalisée pour le CCLAT, et non les estimations que nous avons produites au chapitre 14; selon nos données le coût par habitant de l'application de la loi (police, justice et prisons), pourrait être de 30 \$ par habitant.)

Coûts de l'application de la loi dans divers pays

Cours de l'application de la loi dans divers pays		
	Coûts de l'application de la loi	Coûts per capita
Allemagne, 1992 10	6,3 milliards DM	
Australie, 1992 11	450 millions AUS \$	
Canada, 1992 12	300 millions \$ US	10 \$ US
Etats-Unis 13		40 \$ US
France, 1998 14	500 millions \$ US	8 \$ US
Pays-Bas 15	230 millions \$ US	15 \$ US

⁹ Là dessus, voir notamment Kopp, P. et P. Fenoglio (2000) Le coût social des drogues licites (alcool et tabac) et illicites en France. Paris : OFDT.

¹⁰ Source: Rehm, J., (2001) The Costs of public policies to fight illegal drugs. Mémoire présenté au Comité spécial du Sénat sur les drogues illicites, page 13.

Source: Rehm, J., (2001) The Costs of public policies to fight illegal drugs. Mémoire présenté au Comité spécial du Sénat sur les drogues illicites, page 13.

¹² Single, E., et coll., op. cit.

On constate que des pays avec des niveaux de consommation moyens (Allemagne, Pays-Bas) ont des dépenses plus faibles que les USA qui ont un taux de consommation élevé, et surtout que les dépenses d'application de la loi de ces pays sont supérieures à celles de deux pays nettement plus restrictifs que sont la France et le Canada.

Bref, ici encore, les niveaux de consommation de cannabis échappent à une détermination des politiques publiques axées sur la réduction de la demande par la répression de l'usage.

Des impacts sur l'offre?

Les politiques publiques ont-elles des impacts sur la disponibilité ou les prix des drogues ? Les données disponibles semblent indiquer que non.

Malgré un effort soutenu de contrôle national et international et de lutte contre les trafics, macro comme micro, locaux aussi bien qu'internationaux, la disponibilité des drogues, du cannabis en particulier, n'a pas diminué. En ce qui concerne les prix, soit ils ont diminué significativement comme dans le cas de l'héroïne ou de la cocaïne, soit ils sont restés relativement stables comme dans le cas du cannabis et de ses dérivés. L'augmentation relative du prix de certaines cultures de cannabis serait au moins autant reliée à l'effort d'amélioration de la «qualité» (niveau de THC, cultures organiques, etc.) et à la réalisation d'une marge de bénéfices importante pour les producteurs et trafiquants, qu'à l'effort des agences d'application de la loi.

Conclusion

Le titre de cette section annonçait notre conclusion: si les politiques publiques ont pour but de réduire la consommation et l'offre de drogues, spécifiquement de cannabis, tout indique qu'elles ont échoué. Nous reprenons à notre compte les conclusions auxquelles sont arrivées les études suisses notamment: les politiques publiques axées sur l'interdiction de la consommation n'ont pas, ou très peu, d'influence sur les niveaux d'usage.

On peut penser que la situation serait pire si ce n'étaient des efforts actuellement consentis à lutter contre les drogues illicites. C'est possible. À l'inverse, on peut aussi penser que les efforts de lutte qui occupent le centre de la scène entraînent des effets

¹³ Source: Kopp, P. & C. Palle (1999) «Économistes cherchent politique publique efficace.» in Faugeron, C., (ed.) Les drogues en France. Paris: Georg, page 261.

¹⁴ Source: Kopp, P. et C. Palle (1999) «Économistes cherchent politique publique efficace.» in Faugeron, C., (ed.) Les drogues en France. Paris: Georg, page 261.

¹⁵ Source: Kopp, P. et C. Palle (1999) «Économistes cherchent politique publique efficace.» in Faugeron, C., (ed.) Les drogues en France. Paris: Georg, page 261.

¹⁶ Voir là dessus, aux États-Unis, l'une des études les plus complètes sur la question : Abt Associates (2001) *The price of illicit drugs : 1981 through the second quarter of 2000.* Washington, DC : Office of National Drug Control Policy.

pervers plus grands que les bénéfices qu'ils ne produisent, notamment le non-respect de lois qui ne sont pas en phase avec les attitudes et pratiques de la population

L'une des raisons de cet échec tient à la place centrale, trop importante en fait, qu'occupe le droit pénal dans une vision d'interdiction de l'usage, une orientation plus ou moins explicite mais toujours omniprésente, toujours déterminante, de l'horizon

d'une société sans drogues.

Est-ce dire qu'il ne faille rien faire? Nous ne le pensons pas. Est-ce dire qu'il faille laisser les seules lois du marché modeler les usages comme si les drogues étaient une marchandise comme une autre, ainsi que le proposent certains chantres du libre marché ¹⁷? Certainement pas. Les substances psychoactives, qu'il s'agisse de cannabis ou d'alcool ou de médicaments, ne sont pas des produits comme d'autres. Même le cannabis, dont nous avons vu au chapitre 7 qu'il n'a pas les effets délétères que certains lui prêtent et qu'il est, en comparaison avec le tabac, une substance à certains égards moins nocive, même le cannabis donc doit faire l'objet d'une certaine forme de régulation et d'une intervention de la puissance publique.

La question que nous pose le constat de l'échec patent et coûteux, aux plans humain, social comme économique, des orientations de politique publique que le Canada a retenues jusqu'à présent, est celle précisément de savoir quelles doivent être les orientations et les composantes d'une politique publique en matière de cannabis. Et dans ce contexte, quels seront le rôle et les orientations de la législation. C'est l'objet des sections qui suivent.

ÉCONOMIE GÉNÉRALE D'UNE POLITIQUE PUBLIQUE SUR LE CANNABIS

Nous sommes conscients qu'il y a quelque chose d'artificiel à la distinction obligée par notre mandat entre le cannabis et ses dérivés et les autres substances psychoactives. Certes, il n'y a pas un, mais des usages de substances. C'est vrai pour le cannabis comme ce l'est pour l'alcool, les médicaments, la cocaïne ou l'ecstasy. Les usages se différencient selon la substance – on ne consomme pas du cannabis comme on consomme des médicaments ni même de l'alcool. Mais il y a aussi un fond commun aux usages de substances psychoactives hors contexte médical: elles sont en priorité conçues comme une source de plaisir, voire comme un moyen d'augmenter la conscience et les sens. Il se trouvera bien entendu d'autres formes d'usage, l'abus par exemple n'étant plus axé sur le plaisir convivial mais sur un mécanisme d'ordre physiologique et psychologique témoignant d'une perte de contrôle voire d'une détresse. Mais aussi loin que remonte l'histoire les humains ont consommé des substances psychoactives pour des raisons ayant trait à l'émancipation de soi.

¹⁷ Par exemple, l'économiste Milton Friedman.

Les usages se différencient aussi pour une même substance. L'usage de cannabis, associé d'abord au soin de soi – usages à caractère médical – et aux rites à caractère religieux, est devenu, dans les sociétés occidentales du XXe siècle, une expression de la contre-culture et du mouvement hippie, avant de devenir une drogue de consommation conviviale. Les usages de cannabis sont la plupart du temps autorégulés, mais dans un certain nombre de cas, lorsqu'ils s'inscrivent sur un fond de conduites à risque, ils peuvent mener à des abus.

Une politique publique sur les substances psychoactives doit être **intégrée** si elle veut être en mesure de saisir les dimensions communes aux usages de substances – surtout lorsqu'on constate des polyconsommations – et en même temps elle doit être capable de proposer des **approches adaptées** selon les substances.

Intégrée, une politique publique sur les drogues relèvera d'un centre nerveux capable de rassembler les fils conducteurs entre les substances et les usages et de proposer un sens aux usages de drogues. Autrement, dit, une approche ressemblant davantage à celle que met en œuvre la Mission interministérielle en France plutôt que l'éclatement entre divers centres de responsabilité à la fois en compétition et en vase clos les uns par rapport aux autres, comme en témoigne l'expérience américaine ou canadienne où drogues illicites, tabac et alcool relèvent de bureaucraties différentes.

Adaptée, une politique sera capable de proposer des modes d'appréhension ainsi que des outils spécifiques aux diverses substances et aux divers usages. L'usage abusif de cigarettes est une cause de cancer du poumon, pas de mortalité pour cause de conduite avec facultés affaiblies. Mais certains médicaments sont aussi susceptibles de causer des accidents mortels. Le cannabis peut être relié à l'un et à l'autre : cancers à cause de la combustion, accidents de la route à cause des ses effets psychomoteurs. Il faut donc être en mesure de saisir la spécificité en même temps que les points communs.

Intégrée et adaptée, une politique publique doit viser la connaissance des relations entre les substances et les modes et contexte d'usage, de sorte à cerner au plus près les éléments déterminants du passage d'une consommation autorégulée qui n'est pas problématique, aux conduites à risque et aux usages excessifs susceptibles de générer des problèmes. Les problèmes sont de deux ordres : pour la santé des usagers, et pour la santé et la sécurité des autres. Ces deux ordres de problèmes appellent des mesures distinctes. Certaines seront d'ordre préventif: faire connaître aux usagers les risques, et surtout les informer des facteurs à tenir en compte pour repérer chez soi, par soimême, les marqueurs d'une conduite à risque qui peut entraîner des problèmes. Ils sont peu nombreux à être en mesure de le faire, mais les consommateurs de tabac qui fument de trois à cinq cigarettes par jour et s'y tiennent, ne sont probablement pas plus à risque de cancer du poumon que les non-fumeurs. Apprendre donc à gérer la consommation, à reconnaître les dangers, et disposer aussi de moyens et d'outils pour le faire. D'autres mesures sont d'ordre dissuasif: l'alcool au volant en est un bon exemple. Enfin, certaines mesures sont curatives : quelle que soit la substance, de la simple aspirine à l'héroïne, certaines personnes, pour toutes sortes de raisons bien

antérieures à la consommation de la substance elle-même, ont des conduites de consommation abusive qui mène à des problèmes de santé. Il faut avoir les outils pour le traitement et la guérison.

En ce sens, et c'est le troisième critère, une politique sur les substances psychoactives sera d'abord et avant tout une politique de santé publique : prévenir, dissuader des abus et traiter, sont bel et bien les trois grands moments de l'intervention en santé publique. Non qu'il s'agisse de vouloir la santé pour les autres ; non que la collectivité peut décider de ce que chacun fait au nom d'un quelconque et prétendu bien public ; mais plutôt une politique de santé publique qui, comme en matière d'alcool, contribue à réduire les risques reliés aux diverses formes d'usages des diverses substances. Une politique de santé publique sur les substances psychoactives est donc une politique de réduction des risques.

Les politiques de réduction des méfaits ont été associées à des actions telles l'échange de seringues, la prescription de méthadone ou d'héroïne. Pour certains même, une politique de réduction des méfaits aurait le double effet pervers de privilégier le rôle du médecin et de pouvoir coexister avec une approche prohibitionniste dont elle ne fait alors qu'atténuer les effets pervers. ¹⁸ Il s'agirait alors « d'une doctrine de transition, contradictoire et ambiguë, dont l'ambiguïté permet toutes les adaptations. » ¹⁹ Pire, selon le psychiatre américain Thomas Szasz, il s'agirait d'une position «moralement répugnante » traduisant le paternalisme thérapeutique de l'État. ²⁰

Nous pensons que l'essentiel est de reconnaître (1) que les usages de substances psychoactives ne peuvent être éliminés, qu'ils font partie de l'expérience humaine et que tous les usages ne sont pas des abus – quelle que soit la substance – et en même temps (2) que toutes les substances peuvent entraîner des conséquences négatives pour l'usager comme pour la société et qu'il convient alors de contribuer au bien-être des individus et de la collectivité en informant, en offrant des outils de prévention des abus, et en assurant qu'existe une infrastructure de soins. Reconnaître, autrement dit, qu'on n'est pas moins citoyen, ni moins bon citoyen, parce qu'on consomme du cannabis plutôt que de l'alcool, ou parce qu'on fait le choix d'en prendre plutôt que d'être abstinent, mais qu'individus et sociétés auront, selon les circonstances et modes de consommation, des besoins distincts.

Enfin, une politique publique sur les drogues ne cible pas les usagers mais les intègre dans sa mise en œuvre. Trop longtemps, lorsqu'il est question de drogues illicites, incluant le cannabis, on a cherché à connaître les caractéristiques particulières des consommateurs. Comme s'ils avaient quelque chose de particulier qui les distinguerait fondamentalement des usagers de tabac, d'alcool, ou de médicaments psychotropes détournés de leur usage médical. Il se peut que les usagers à problème

¹⁸ Par exemple, l'appréciation critique que font Caballero et Bisiou, page 114-115.

¹⁹ *Ibid.*, page 116.

²⁰ *Ibid.*, page 120

aient des caractéristiques communes. Mais ce n'est ni la substance ni le fait qu'ils soient usagers qui sont en cause : d'autres facteurs sous-jacents au développement de conduites à risque retiendront plutôt l'attention.

Certains nous ont dit que les politiques de réduction des méfaits et des risques, ou même la décriminalisation du cannabis, en «banalise» l'usage. Il ne s'agit pas de banalisation mais de normalisation. L'usage excessif de n'importe quelle substance est nocif; toutes les substances peuvent présenter des dangers pour la santé des usagers, même le café. Normaliser l'usage et l'usager ne signifie pas pour autant banaliser. Une politique publique sur les drogues vise donc à normaliser les usages de substances psychoactives, c'est-à-dire à ne pas marginaliser les usagers, sans pour autant banaliser et baisser les bras et faire l'autruche devant les dangers spécifiques aux diverses substances.

Pour résumer, une politique publique sur les substances psychoactives doit être intégrée et adaptée, cibler les usages et conduites à risque et les abus selon une approche de santé publique qui ne banalise ni ne marginalise les usages. Pour se concrétiser, une telle politique se décline en diverses composantes.

COMPOSANTES D'UNE POLITIQUE PUBLIQUE

Les politiques publiques que nous avons décrites au chapitre précédent, ainsi que d'autres telles celle du Danemark, du Portugal, ou du Mexique pour ne donner que ces exemples, ont en commun un certain nombre d'éléments : elles relèvent d'un centre de responsabilité fort, elles favorisent l'interconnexion et la multiplicité des points de vue, elles visent à susciter un consensus national sur des objectifs clairs et mesurables, et elles s'appuient sur des outils indépendants de connaissance et d'évaluation.

Un centre de responsabilité

On peut ne pas être d'accord avec les orientations politiques de l'Office sur les drogues de la Maison Blanche (ONDCP); personne ne niera que ce bureau donne des orientations majeures à la politique nationale sur les drogues aux États-Unis. On peut ne pas apprécier certaine rigidité structurelle à la Mission interministérielle en France, voire critiquer sa timidité sur les débats législatifs, mais on sera d'accord aussi pour dire que la MILDT a su aiguillonner les politiques et pratiques françaises ces cinq dernières années. Chacun des États que nous avons examinés au chapitre précédent a un centre de responsabilité visible, connu, disposant d'une légitimité indéniable en même temps que des moyens d'action à la hauteur des attentes.

Il ne fait pas de doute, selon nous, que la question des drogues, en ce qu'elle ne relève pas d'une seule compétence ministérielle ni n'appartient en propre à une administration, en ce qu'elle touche à nos modes d'être en relation avec la société et

avec les autres, et dans la mesure surtout où elle exige une capacité d'intégration en même temps que de différenciation, doit être animée par une instance qui n'est pas redevable à un ministère et qui est capable d'insuffler des directions – ce qui ne signifie pas imposer des diktats – à l'ensemble des acteurs.

Interconnexion

Les politiques sur les substances psychoactives concernent tout autant les éducateurs que les thérapeutes, les policiers que les anthropologues, les diplomates que les associations locales, sans oublier les usagers. La capacité de faire des liens pour la connaissance et la compréhension suppose déjà une capacité à établir et maintenir des liens entre les spécialités, entre les administrations, avec les citoyens. C'est tout le sens de l'interconnexion dont doit être capable une politique sur les drogues.

Élaboration en commun d'objectifs partagés

Nous avons vu, aux chapitres 11 et 18 notamment, que la politique fédérale sur les drogues, en plus de manquer de rigueur et de clarté, de moyens et d'infrastructures, ne tient pas lieu d'une politique nationale. Qu'il y ait place à la spécificité des approches particulières entre les provinces et territoires qui composent la diversité canadienne, il ne faut pas douter. En même temps, pour qu'émerge peu à peu une culture commune sur les drogues, une meilleure compréhension des comportements d'usage que la capacité de comparer entre lieux géographiques est à même de susciter, et pour que les acteurs soient en mesure de bénéficier au mieux des expériences des uns et des autres, il faut qu'existent des outils pour élaborer en commun des objectifs partagés.

Au delà, la capacité à – et la volonté de – définir des objectifs, constitue le socle sur lequel s'appuie la possibilité même de déterminer si les actions menées sont en phase avec les objectifs, si elles sont efficaces, bref, d'évaluer les impacts de ce qu'on fait.

Des outils de connaissance

Une politique publique doit aussi s'appuyer sur les connaissances. C'est là ce que nous ont dit de nombreux témoins, de tous les horizons. Les pays de l'Union européenne, les États-Unis, l'Australie, se sont dotés d'outils de connaissance puissants, notamment d'observatoires des drogues et des toxicomanies. La plupart du temps autonomes par rapport à la puissance publique et indépendants du pouvoir politique, ces observatoires sont capables de mesurer l'évolution des tendances et des formes d'usage des diverses substances, de connaître les tendances émergentes et les nouveaux produits, voire d'évaluer les politiques publiques. Nous voyons mal comment le Canada peut continuer à faire l'économie d'un outil de connaissance national sur les usages de substances psychoactives.

OPTIONS LÉGISLATIVES

Et la loi alors? La législation découle des orientations de la politique publique, elle les appuie et les complète; elle est un moyen, non un objectif.

Les débats sur le cannabis sont hautement contaminés par les discussions autour de la décriminalisation, de la dépénalisation, de la légalisation. Mais ces termes sont souvent mal compris, d'autant qu'ils ne sont pas nécessairement clairs. Cette dernière section consiste à définir chacun des termes clés dans ce débat et à suggérer des indicateurs à partir desquels il convient d'évaluer chacune de ces options.

Clarifications terminologiques

Décriminalisation ou dépénalisation ?

Le glossaire de terminologie sur les drogues produit par l'Office des Nations Unies sur le contrôle des stupéfiants (PNUCID) donne la définition suivante de ces deux termes:

[Traduction] «Décriminalisation ou dépénalisation

Abroger les contrôles de nature pénale et les sanctions criminelles relativement à une activité qui demeure toutefois illégale et sujette à une réglementation et à des sanctions non pénales (p.ex. sanctions administratives telles la suspension du permis de conduite).

Sous l'option «prohibition avec pénalités civiles » la possession de quantités de drogues réputées pour usage personnel fait l'objet d'un traitement civil impliquant généralement une sanction de type amende, au lieu de sanctions pénales avec dossier criminel et incarcération. Les sanctions pénales les plus sévères continuent généralement de s'appliquer aux infractions les plus sérieuses de possession, vente, production ou culture selon des quantités que la loi considère comme du trafic ou des fins commerciales. »²¹

Pour Caballero et Bisiou, la dépénalisation consiste essentiellement à retirer les drogues du champ du droit pénal. Ils distinguent entre dépénalisation totale et dépénalisation de l'usage.²² Dans le premier cas, il n'y a plus aucune forme de contrôle, autre que les «lois du marché ». On voit combien on est éloigné de la définition proposée par le PNUCID. La dépénalisation de l'usage correspond de plus près à la décriminalisation telle qu'entendue par le rapport du PNUCID. C'est aussi la définition qu'en donne l'Observatoire européen des drogues et des toxicomanies.

²² Caballero et Bisiou, op. cit., page 117.

²¹ UN Office for Drug Control and Crime Prevention (2000) Demand Reduction. A Glossary of Terms. Vienne: auteur, page 18.

La possession, ou détention, de cannabis pour usage personnel est « décriminalisée » en Allemagne, en Australie, en Espagne, en Italie, au Portugal, aux Pays-Bas. Mais la ressemblance s'arrête là, chacun de ces pays ayant donné une couleur différente à ce terme. En Australie et dans les états américains où la possession de cannabis est décriminalisée, l'acte demeure néanmoins illégal et les personnes peuvent recevoir une amende. En Allemagne, la Cour constitutionnelle a jugé que la poursuite pour possession de petites quantités de cannabis contrevenait aux droits fondamentaux et n'était pas justifiée. En Espagne et en Italie, la possession de petites quantités de cannabis n'est pas une infraction et la consommation est autorisée sauf dans les endroits publics. Toutefois, comme au Portugal, lorsqu'une personne est trouvée en possession de cannabis, elle pourra recevoir une sanction administrative (amende en Espagne et au Portugal; suspension de permis en Italie). ²³ Aux Pays-Bas, l'infraction de possession demeure dans les textes de loi mais l'usage et certaines formes de vente (les coffee shops) sont tolérées.

La décriminalisation est donc partielle dans tous les cas. Elle est parfois de jure comme en Espagne, en Italie ou au Portugal et dans d'autres cas de facto comme aux Pays-Bas ou au Danemark.

Au Canada, certains auteurs se sont prononcés en faveur de la décriminalisation du cannabis. Le texte le plus connu est probablement celui du groupe de travail sur les politiques du Centre canadien de lutte contre l'alcoolisme et les toxicomanies. ²⁴ Dans ce texte, les auteurs identifient quatre options de « décriminalisation »:

- Des amendes en vertu de la Loi réglementant certaines drogues et autres substances (LRDS) de sorte à exclure l'emprisonnement comme sanction possible. Cette option maintient l'illégalité de la possession de cannabis et les conséquences sur le dossier criminel.
- Une infraction civile : recourant aussi à l'amende comme sanction, cette option diffère de la première en ce que la possession de cannabis n'est plus illégale en vertu de la LRDS, mais serait sanctionnée sous les dispositions de la Loi sur les contraventions;
- Les mesures alternatives (ou la déjudiciarisation) : en vertu de cette option, la possession demeure une infraction criminelle punissable mais les mesures sont suspendues si le contrevenant accepte de se soumettre à une autre forme de «traitement » ou de mesure communautaire. Les tribunaux spéciaux sur les drogues sont une forme de mesure alternative.
- La dévolution aux provinces : selon cette approche, les provinces seraient libres d'adopter les mesures de contrôle qu'elles jugent nécessaires (à l'exclusion de mesures criminelles qui sont du ressort fédéral). Il est

²³ Voir EMCDDA (2001) Decriminalisation in Europe ? Recent Developments in Legal Approaches to Drug Use. Lisbonne: auteur. Disponible en ligne à www.emcdda.org

²⁴ Fischer et coll., (1998) «Cannabis use in Canada: policy options for control.» *Options politiques.* Octobre.

toutefois difficile de suivre le raisonnement des auteurs sur cette approche puisqu'elle ressemble davantage à une forme de légalisation qu'à la décriminalisation.

Au Québec, le Comité permanent de lutte à la toxicomanie (CPLT) a adopté une recommandation proposant, lorsque les intervenants le jugent approprié, des mesures de déjudiciarisation. ²⁵ Le CPLT définit la déjudiciarisation comme «l'exercice, par le procureur de la Couronne, d'un pouvoir discrétionnaire lui permettant de ne pas poursuivre le contrevenant et de recourir plutôt à des mesures de rechange. »²⁶ Cependant, il note aussi que la déjudiciarisation peut recevoir une définition plus large, où le pouvoir discrétionnaire est exercé en amont de la mise en accusation par le policier, en donnant au consommateur un simple avertissement. Dans son avis, le CPLT observe que :

- Les infractions liées au cannabis représentent au moins 60 % des infractions rapportées en vertu de la LRDS et que celles de possession sont les plus fréquentes.
- Le nombre d'infractions rapportées pour possession de cannabis est en hausse mais la proportion ayant entraîné des poursuites est en baisse, même si elle demeure majoritaire (environ 60 % des affaires en 1997).
- Les pratiques d'accusation et de recours aux mesures alternatives varient entre régions au Canada et au sein du Québec.
- Les peines imposées par les tribunaux sont le plus souvent des amendes.

Mais cette recommandation timide refuse d'en faire une approche systématique, allant jusqu'à associer la consommation de cannabis à des activités délinquantes ou criminelles, ou lorsque des risques sont associés à la consommation de produits présentant une forte concentration en THC, comme si le fait de consommer des alcools forts devait entraîner des mesures plus sévères que de boire du vin.

On voit bien que le terme décriminalisation est truffé de contradictions. Alors qu'on dit le retirer du champ du droit pénal, l'acte demeure toujours illégal. La sanction est moins sévère, mais il demeure qu'une sanction s'applique, sanction qui, dans certains cas, peut avoir les mêmes effets que la sanction pénale et d'être encore plus discriminatoire : le jeune ou le démuni incapables de payer l'amende risquent de se retrouver en prison plus souvent que les adultes et les personnes bien insérées socialement. C'est ce que rappelait le Dr Kendall au Comité :

« Si le Canada adoptait cette recommandation, nous devrions prendre des mesures pour éviter de reproduire ce qui s'est passé en Australie, où l'établissement du «programme expiatoire pour le

²⁵ Comité permanent de lutte à la toxicomanie (1999) Avis sur la déjudiciarisation de la possession simple de cannabis. Montréal : CPLT.

²⁶ Ibid., page 2.

cannabis » a eu pour effet d'élargir le « filet » parce que les policiers ont donné des contraventions à des consommateurs qu'ils avaient ignorés auparavant.

Beaucoup de contrevenants n'ayant pas payé leurs amendes ont été condamnés par le système de justice pénale, ce qui a involontairement fait en sorte que le nombre de personnes incriminées est aussi important sinon plus qu'avant l'adoption de la nouvelle mesure. »²⁷

De même, malgré ses réussites, le système néerlandais de vente contrôlée de cannabis, qui est assimilé à une décriminalisation *de facto*, n'a aucun moyen de réguler la production et la distribution qui continue d'appartenir pour partie du moins au crime organisé ni d'assurer un contrôle de qualité et notamment de la concentration en THC.

Selon certains auteurs, la décriminalisation n'est en fait qu'une forme de « prohibition moins sévère. »²⁸ Autrement dit, sous une apparence de mesure socialement responsable et rationnelle, c'est encore la logique de la prohibition qui prévaut. Le fond ne change pas, seulement la forme. On n'aura pas plus de capacité à faire de la prévention ou de l'éducation sous ce modèle que sous un modèle de prohibition. Pire peut-être, le modèle de prohibition tient un discours clair et cohérent ; on ne peut en dire autant des approches de décriminalisation.

Certains diront que la décriminalisation est un pas dans la bonne direction qui donne à une société le temps d'acculturer le cannabis, de convaincre les opposants que le chaos ne s'installe pas, d'adopter aussi des mesures efficaces de prévention. Nous pensons cependant que cette approche est en fait le scénario du pire, privant l'État d'un outil de régulation nécessaire sur l'ensemble du processus de production, de distribution et de consommation, en même temps qu'elle transmet un double message au fond plutôt hypocrite.

Légalisation

Le Glossaire des Nations Unies définit ce terme comme :

[Traduction] « Légalisation

Abroger la prohibition d'une activité auparavant illicite, p.ex. la vente ou la consommation non médicale de substances psychoactives. Cette approche ne signifie pas nécessairement l'abrogation de tous les contrôles sur cette activité (p.ex. la vente aux mineurs). »²⁹

Le terme légalisation rejoint ici la notion de dépénalisation de Caballero et Bisiou avec ceci en plus qu'il ne s'en remet pas aux seules lois du marché mais accepte une forme de réglementation imposant certaines restrictions. Plus précisément :

MacCoun, R., Reuter, P. et T. Schelling (1996) «Assessing alternative drug control regimes.» Journal

of Policy Analysis and Management. Vol 15, no 3, page 332.

²⁹ UNDCP (2000) op. cit., page 41.

²⁷ Dr Perry Kendall, Officier de santé de la Colombie-Britannique, témoignage devant le Comité spécial du Sénat sur les drogues illicites, Sénat du Canada, première session de la trente-septième législature, 17 septembre 2001, fascicule 6, page 40.

«La légalisation contrôlée est un système qui vise à remplacer l'actuelle prohibition des drogues par une réglementation de leur production, de leur commerce et de leur usage en vue d'en limiter les abus préjudiciables à la société. (...) à la différence de la dépénalisation, elle conserve au droit pénal un rôle de prévention des abus nuisibles aux tiers, qu'il s'agisse des usagers (ivresse) ou des producteurs (contrebande). »³⁰

Il n'existe pas, à l'heure actuelle, de système de légalisation contrôlée du cannabis. La Suisse s'en rapproche avec son projet de modification de la Loi sur les stupéfiants. Il en a cependant existé un certain nombre dans l'histoire, par exemple les régies de l'opium ou du kif des puissances coloniales jusqu'à la première moitié du XXe siècle.

Par contre, il existe des systèmes légalisés de fabrication, distribution, vente et consommation de produits tels l'alcool, le tabac, les médicaments psychotropes, dont il est possible de s'inspirer pour réguler l'ensemble du circuit de production du cannabis.

Réglementation

Le Glossaire des Nations Unies définit ce terme comme suit :

[Traduction] « Réglementation

Les règles régissant tous les aspects du contrôle des drogues promulgués par la loi. La violation de ces règles entraîne des pénalités de nature pénale ou non pénale, telles les amendes et la suspension de permis, selon la gravité du délit et l'intention de l'auteur. » ³¹

On peut bien jouer sur les mots, mais la réglementation est en fait une application nécessaire de toute forme de contrôle, qu'il s'agisse d'un système de prohibition ou d'un système de légalisation. N'importe quel produit de consommation humaine, depuis les automobiles que nous conduisons jusqu'aux aliments que nous mangeons, sont assujettis à certaines formes de réglementation. Contrôles de qualité, exigences environnementales, conformité aux normes industrielles, règlements sur l'accessibilité, sont autant de formes de réglementations qui sont nécessaires pour que nous ayons l'assurance que nous ne nous empoisonnerons pas en mangeant, ne conduirons pas des véhicules défectueux, ne brancherons pas des appareils dangereux.

La réglementation est la forme la plus courante de contrôle par l'État et le droit pénal intervient généralement lorsque les contrôles ont échoué ou lorsque les normes prévues n'ont pas été respectées.

Il en va de même actuellement du régime international de contrôle des stupéfiants. Et la loi canadienne porte sur les substances contrôlées. Le régime de contrôle peut aller de l'interdiction de tout usage sauf pour des fins médicales ou scientifiques (comme pour l'opium, la cocaïne ou le cannabis), à des formes moins sévères de contrôles, permettant une accessibilité à des produits même s'ils sont réputés dangereux, mais sous certaines conditions.

³⁰ Caballero et Bisiou, op. cit., page 132.

³¹ UNDCP (2000) op. cit., page 63

Classification des régimes de politiques juridiques

Examinant les divers régimes de politiques juridiques, MacCoun, Reuter et Schilling distinguent trois types de régimes de politiques juridiques : prohibitionnistes, à accès contrôlé et réglementés, chacun pouvant prendre diverses formes. Nous reproduisons à la page suivante le tableau qu'ils ont proposé pour classifier les différents régimes.³²

Les régimes de prohibition varient selon divers axes : selon la nature de l'activité prohibée (possession, usage, usage en public, etc.), selon la sévérité des sanctions (amendes civiles, amendes pénales, incarcération), selon l'intensité de la répression (ressources, priorité) et selon la capacité plus ou moins grande d'exercer un pouvoir discrétionnaire (déjudiciarisation, mesures alternatives, etc.). Le lecteur comprendra mieux pourquoi la décriminalisation est en fait une mesure de prohibition assouplie.

Les régimes d'accès contrôlé sont dans une zone grise entre la prohibition et la réglementation. Par certains côtés, ils ressemblent davantage aux modèles de prohibition, notamment en donnant au médecin ou au pharmacien, le pouvoir de décider plutôt que de favoriser la responsabilité individuelle de l'usager. C'est le modèle médical que critiquaient aussi bien Szasz que Caballero ou, plus près de nous, Malherbe dans son document de réflexion sur le rôle de l'éthique et de la santé publique. On voit mieux aussi pourquoi l'approche de réduction des méfaits s'inscrit dans cette zone grise, à cheval entre la prohibition et la réglementation, la prescription de méthadone ou d'héroïne pour le traitement des dépendances étant le cas de figure par excellence du pouvoir médical.

Enfin, le troisième type de modèle est le modèle réglementaire qui exerce divers types de contrôles sur le qui (qui peut acheter, restrictions aux mineurs), le quoi (les substances peuvent avoir des niveaux d'accessibilité différents), le comment (les points de vente, leur localisation, les exigences envers les producteurs et les vendeurs) et le

quand (heures du jour, jours de la semaine, etc.).

³² Reproduit de MacCoun et coll., op. cit., page 333. [Traduction]

onniste	Prohibition pure : aucun usage possible (p.ex., cannabis)	
Prohibitionniste	Prescription prohibitionniste : usage pour fins médicales seulement	æ
Accès contrôlé	Traitement : prescription pour le traitement de la dépendance (p.ex. la méthadone)	estrictions
♣ Accè	Prescription réglementée : autoadministration sous ordonnance pour le soulagement de problèmes psychologiques (p.ex., le système en vigueur pour le Valium)	Restrictions décroissantes
Réglementaire	Licences positives : disponibilité pour tout adulte ayant une licence démontrant sa capacité à faire un usage approprié	
Régle	Licences négatives : disponible à tout adulte qui n'a pas renoncé à ce droit en violant certaines conditions (p.ex, acte criminel)	+
+	Marché libre pour adultes : semblable à l'alcool	
	Marché libre : aucune réglementation (p.ex la caféine).	

Nous sommes d'avis qu'il n'existe fondamentalement que deux régimes: un régime axé sur la prohibition et un régime de légalisation. L'un et l'autre reposent sur une réglementation, et c'est la nature, les orientations, de cette réglementation qui leur confère leurs qualités spécifiques.

Les régimes de prohibition se distinguent en régimes de prohibition pénale ou médicale. Dans le premier cas, celui qu'on appelle parfois la prohibition pure, l'institution au centre de la décision est la justice – police et tribunaux. Dans le second cas, l'acteur au centre de la décision est le médecin. Dans l'un et l'autre cas, l'usager est considéré comme un «mineur », une personne en danger, qu'il faut protéger contre elle-même. C'est ce que d'aucuns appellent le paternalisme juridique. L'un et l'autre

seront plus ou moins stricts, plus ou moins sévères, mais reposent sur une conception selon laquelle tout usage mettant l'usager et la société à risque doit être strictement contrôlé. Dans ce cas de figure, la décriminalisation de l'usage est une variante faible de la prohibition, comportant au final plus de désavantages que d'avantages. Non seulement elle n'agit pas sur le circuit de la production et conserve le caractère de l'illégalité, mais elle s'interdit de surcroît une réelle éducation des usagers à des conduites responsables et rend impossibles des actions fortes de prévention. Par contre, l'approche de réduction des méfaits est la variante forte d'un régime prohibitionniste. Reconnaissant qu'elle ne peut rien faire pour éliminer les dommages causés par la criminalisation des marchés, elle cherche cependant à réduire les effets pervers de la prohibition sur les usagers, les plaçant au cœur de sa pratique, en mettant en place des systèmes de connaissance du contenu des drogues (pensons par exemple à l'analyse des comprimés d'ecstasy lors des raves).

Régimes de prohibition

A STOREST AND A STATE OF THE ST	Acteur central	Degré de prohibition	Sévérité
Pénal Police / Justice		Interdiction de fabrication, culture, production, vente, trafic, usage et consommation	+++
		Décriminalisation de l'usage avec traitement pénal / Déjudiciarisation	++
		Infractions civiles	+
Médical	Médecin	Usages thérapeutiques reconnus seulement	+ / -
		Traitement de la dépendance	+/-
		Prescription générale d'un médecin	+/-

Qu'il soit pénal ou médical, le régime de prohibition appelle une réglementation qui place la loi pénale en son cœur : tout rapport avec les drogues qui n'est pas autorisé sous le modèle médical sera puni d'une sanction pénale ou quasi-pénale.

L'autre type de régime repose sur une légalisation du cannabis. Il prend aussi diverses formes.

Régimes de légalisation

Acteur central Níveaux d'accessibilité Degré de contrôle

Étatique Collectivité Licences d'usager +

Licence de production / distribution / vente

Les régimes de légalisation vont de la délivrance d'une licence d'usager sous certaines conditions (par exemple ne pas avoir de dossier pénal ou avoir eu des problèmes de dépendance), au libre marché sans aucune forme de contrôle.

Marché libre

Critères pour une politique juridique sur le cannabis

Usager

Marché

Certaines analyses ont exploré la question de l'efficacité comparative de régimes de politique publique en termes de coûts et bénéfices, d'autres en termes des coûts sociaux. Dans le premier cas, l'analyse est impossible à faire simplement parce qu'il n'y a pas deux stratégies vraiment différentes qu'on pourrait comparer : il n'existe pas un modèle de réglementation du cannabis qu'on pourrait comparer à un modèle de prohibition. L'autre approche consiste à réfléchir aux coûts sociaux induits par les drogues selon un modèle de « coût de la maladie » qui repose sur un scénario « contrefactuel » : que se passerait-il s'il n'y avait pas consommation de cette drogue? Mais d'une part, comme nous l'avons vu au chapitre 18, il est difficile de connaître les coûts actuels induits par le cannabis et la réponse de politique publique à son endroit, et d'autre part il est impossible de prédire quels seraient les coûts sociaux réels.

« La question est de savoir si la société se porterait mieux en autorisant l'usage d'une ou plusieurs nouvelles drogues. La réponse ne peut être positive que si le bien-être collectif augmente (ou que le « coût social » de la drogue diminue). Nul ne sait quel serait l'impact sur le « coût social » de la légalisation des drogues illicites. L'augmentation du niveau de consommation, les effets de substitution entre les drogues actuellement illicites, le tabac et l'alcool, la baisse des effets régatifs des drogues imputables à l'illégalité actuelle, et a fortiori, le résultat de toutes ces variations combinées sont imprévisibles. Il est impossible de prouver la supériorité de la prohibition sur la légalisation, ni d'ailleurs le contraire. » 33

L'hypothèse du scénario contre-factuel dans les études des coûts sociaux des drogues pose elle-même un défi de taille puisqu'elle repose sur l'idée, jamais démontrée, de l'éradication de la consommation d'une drogue. Héritier du champ de la santé où

³³ Kopp, P., et P. Fenoglio (2000) op. cit., page 12.

l'on peut effectivement réfléchir à partir d'un modèle contre-factuel parce que l'on peut, dans certains cas, éradiquer ou presque une maladie – pensons par exemple aux maladies infantiles – ce modèle ne s'applique pas dans le cas des drogues, à moins de faire un exercice tellement hypothétique qu'il faut se demander s'il en vaut l'effort. C'est une chose de tenter d'identifier le plus précisément possible la diversité des coûts sociaux et économiques induits par les drogues pour réfléchir ensuite aux choix de politiques publiques; cela en est une autre de prétendre qu'on peut les mesurer réellement.

MacCoun, Reuter et Schelling proposent deux séries de critères, les premiers tenant compte des applications spécifiques aux diverses substances, et les seconds portant sur les coûts et conséquences acceptables. Une matrice en quatre axes leur permet de distinguer :

- Le domaine des conséquences : santé de la collectivité et des usagers ; fonctionnement de la collectivité et des individus en son sein ; ordre public et sécurité ;
- Les torts potentiels sur chacun de ces domaines;
- Ceux qui subissent ces torts (usagers, trafiquants, proches, employeurs, voisins, société); et enfin
- La source primaire du tort (la substance, son statut juridique, l'intervention de la justice).

Comment choisir? Établissons tout de suite que la décision demeure nécessairement, en bout de piste, une décision politique. Les données épidémiologiques sur les niveaux de consommation du cannabis et empiriques sur ses effets et conséquences sont claires: le cannabis n'est pas une substance psychoactive aussi dangereuse que les politiques d'interdiction voudraient le faire croire. Les données comparatives sur les politiques publiques, quoique limitées, sont elles aussi claires: les actions menées sous le modèle prohibitionniste ne sont pas efficaces. Ceci étant, nous ne savons évidemment pas quelles seront les conséquences d'un régime alternatif, en l'occurrence de l'approche réglementaire que nous proposons. C'est précisément pourquoi nous insistons pour que toute stratégie en la matière soit clairement axée sur des impératifs de santé publique et se donne des outils pour suivre l'évolution de sa mise en œuvre.

Applications au cannabis

Nous ne disposons pas de toutes les données empiriques permettant de décider de l'ensemble des conséquences potentielles des différents régimes. Cette situation s'explique par le simple fait que, pour être en mesure de produire ces données, il faudrait avoir fait l'expérience du contrôle du cannabis sous chacun de ces régimes. Or, nous n'avons connu, depuis le début du XXe siècle, qu'un régime de prohibition plus ou moins renforcé selon les cas de figure.

Au demeurant, parions que, même si nous disposions de données empiriques, les choix demeureraient, en bout de piste, des choix politiques parce que ce sont fondamentalement des choix de politiques publiques qui, comme nous l'a démontré notre chapitre sur les principes directeurs, ne sont pas déterminés par le savoir scientifique.

Néanmoins, si nous tentons d'appliquer ces critères au cannabis, nous pensons qu'un régime d'accessibilité réglementée est le plus à même de réduire les conséquences négatives pour les usagers et pour la société.

	Interdiction	Accessibilité contrôlée
Conséquences sur :		
La santé	Négation de l'usage et donc absence de distinction entre formes d'usages (usage, usage à risque, abus) Primauté de l'abstinence d'où la difficulté de faire une prévention adaptée à la réalité Coûts de santé reliés à la méconnaissance des formes d'usage Absence de contrôle de qualité qui peut occasionner des problèmes Difficulté pour les usagers à reconnaître les usages à risque et à reconnaître les problèmes de dépendance qui peuvent exister	 Augmentation possible du nombre d'usagers Meilleure reconnaissance de l'usage et meilleure capacité à distinguer entre les formes d'usage Capacité à faire une prévention qui ne soit pas axée sur l'abstinence Possible augmentation des soins de santé pour les usagers excessifs suite à une augmentation du nombre d'usagers Possibilité de contrôler la qualité ainsi que le contenu en THC Outils de dépistage des conduites à risque et formes de traitement non pénalisantes
Fonctionnement de - la société et des individus	Meilleur rendement individuel (scolaire, professionnel) si la prohibition est entièrement réussie et s'îl n'y a pas de substance de remplacement Mise en contact des usagers avec des réseaux potentiellement criminalisés Atteinte aux droits des personnes Diminution théorique de la disponibilité de la substance Augmentation théorique du prix de la substance	 Possibilité d'une augmentation de certaines conséquences négatives sur les usagers et leur entourage si le niveau de consommation augmente Accessibilité légale de la substance qui normalise et démystifie Élimination des conséquences négatives de la criminalisation sur les usagers Contrôle des prix et de la disponibilité Nécessité de contrôler la conduite avec facultés affaiblies Nécessité de maintenir des interdictions relatives à la vente aux mineurs

Ordre public et sécurité

- Augmentation de la criminalité organisée
- Trafics illégaux importantsPerte de respect pour la loi
- Violence dans les milieux criminalisés
- Diminution de la criminalité organisée
- Contrôle accru du trafic illégal
 - Augmentation possible du sentiment d'insécurité des résidents près des points de vente

Nous sommes tout à fait conscients que, pour ce qui est du régime réglementaire, nos énoncés sont tout à fait théoriques. Nous pensons toutefois que l'ensemble des données que nous avons recueillies sur le cannabis et ses dérivés justifie notre conclusion générale à l'effet que la réglementation de la production, de la distribution et de la consommation de cannabis, pour autant qu'elle s'inscrive dans une politique publique intégrée et adaptée, est la mieux à même de répondre aux principes d'éthique axée sur l'autonomie, de gouvernance favorisant l'agir responsable et de limitation du droit pénal aux actes qui causent un préjudice démontrable à autrui. Un régime de réglementation sur le cannabis devrait permettre notamment :

- De cibler plus efficacement les trafics illégaux et de diminuer le rôle du crime organisé.
- De mener des programmes de prévention plus adaptés à la réalité et plus à même de prévenir et dépister les conduites à risque.
- De mieux contrôler les produits, leur qualité et leurs propriétés.
- De mieux informer et éduquer les usagers.
- De respecter les libertés individuelles et collectives et de mettre la loi en phase avec le comportement des Canadiens.

Nous sommes d'avis que la société canadienne est prête pour une politique responsable de réglementation du cannabis pour autant qu'elle respecte ces principes fondamentaux.

CONCLUSIONS ET RECOMMANDATIONS

Le Comité spécial du Sénat sur les drogues illicites avait pour mandat d'examiner l'approche de politique publique canadienne an matière de cannabis, son efficacité et ses impacts, à la lumière des connaissances sur les effets sociaux et sanitaires du cannabis et du contexte international. Au cours des deux dernières années, nous avons entendu des experts canadiens et étrangers et revu une imposante somme de travaux de recherche scientifique, nous avons cherché à saisir l'état de l'opinion et des attitudes de nos concitoyens, nous avons réfléchi sur des principes directeurs susceptibles d'orienter une politique publique sur les drogues illicites, sur le cannabis en particulier. Notre rapport a tenté de faire le point sur l'état des connaissances et des pratiques, proposant au fil des chapitres un certain nombre de conclusions.

Nous dégageons ici les principales conclusions qui émergent de l'ensemble de ces informations, et présentons les recommandations qui en découlent, traduisant ainsi la thèse fondamentale qui sous-tend notre rapport, à savoir : dans une société libre et démocratique qui reconnaît fondamentalement mais non exclusivement la primauté du droit comme source de règles normatives, et où la puissance publique doit le plus possible favoriser l'autonomie et conséquemment utiliser avec parcimonie les outils de contrainte, une politique publique sur les substances psychoactives doit s'articuler sur des principes directeurs respectant la vie, la santé, la sécurité et les droits et libertés de chaque individu qui, naturellement et légitimement, recherche son bien-être et son épanouissement, et a la capacité de reconnaître la présence, la différence et l'équivalence de l'autre.

IL Y A TRENTE ANS, LE DAIN

Il y a maintenant trente ans, la Commission Le Dain rendait public son rapport sur le cannabis. Cette Commission royale disposait de moyens autrement plus importants que les nôtres. Par contre, nous disposions d'une base de connaissances nettement plus élaborée ainsi que du recul additionnel que nous donnent ces trente ans.

La Commission avait conclu que la criminalisation du cannabis n'avait reposé sur aucun fondement scientifique. Trente ans plus tard, nous pouvons réaffirmer sa conclusion et ajouter que la continuation de la criminalisation du cannabis ne se justifie toujours pas au regard des données scientifiques sur sa dangerosité.

La Commission avait entendu et étudié les mêmes arguments sur la dangerosité du cannabis : apathie, perte d'intérêt et de concentration, difficultés d'apprentissage. Certains commissaires, pour la majorité, avaient conclu que ces préoccupations, sans être prouvées, justifiaient une politique restrictive. Trente ans plus tard, nous pouvons affirmer que les études menées depuis n'ont pas confirmé la validité de ces éléments du syndrome dit amotivationnel et ajouter que la plupart des études infirment l'existence de ce syndrome pour cause de consommation de cannabis.

La Commission avait conclu qu'on ne connaissait pas suffisamment les effets de l'usage excessif et persistant. Nous pouvons affirmer que ces formes d'usage existent, qu'elles présentent des risques pour la santé, mais que ces usages excessifs demeurent le fait d'une minorité de consommateurs. Et ajouter aussi qu'une politique publique doit se donner les moyens de prévenir et dépister les conduites à risque, ce que nos politiques n'ont pas réussi à faire jusqu'à maintenant.

La Commission avait conclu que les effets à long terme du cannabis sur les fonctions cérébrales avaient été largement exagérés mais qu'ils pouvaient affecter le développement des adolescents. Nous abondons dans le même sens, précisant que les conséquences à long terme du cannabis semblent, dans la plupart des cas, réversibles et notant de surcroît que les adolescents qui sont ou deviennent consommateurs au long cours constituent une infime minorité de ceux qui expérimentent le cannabis. Et ajoutant encore qu'une politique publique doit précisément viser à prévenir l'usage précoce ainsi que les conduites à risque.

La Commission s'était inquiétée que la consommation de cannabis ne mène à l'usage d'autres drogues. Trente ans d'expérience aux Pays-Bas montrent amplement le contraire, de même que les politiques libérales de l'Espagne, de l'Italie ou du Portugal. Et chez nous, malgré l'augmentation constante des usagers de cannabis, nous n'avons pas proportionnellement plus d'usagers de drogues dures qu'il n'y en avait à l'époque.

La Commission s'était encore inquiétée que la légalisation ne signifierait l'augmentation de la consommation, notamment chez les jeunes. Nous n'avons pas légalisé et nous détenons l'un des taux les plus élevés au monde. Les pays qui ont adopté une politique plus libérale ont pour la plupart des taux moindres que les nôtres, et ont des taux qui se sont stabilisés après une courte période d'augmentation.

Trente ans plus tard, nous constatons que:

 Des milliards de dollars ont été engloutis dans l'application des lois sur le cannabis sans donner plus de résultats: il y a plus de consommateurs, plus d'usagers réguliers, plus d'usagers réguliers chez les adolescents

- Des milliards de dollars ont été engloutis dans l'application des lois sur le cannabis pour en réduire l'offre sans donner plus de résultats: le cannabis est plus disponible que jamais, cultivé à grande échelle, exporté même, grossissant les coffres et augmentant le pouvoir d'organisations criminelles
- Des dizaines de milliers d'arrestations et de condamnations ont été prononcées pour possession de cannabis, des milliers de personnes incarcérées, sans affecter le moindrement les tendances d'usage, mais augmentant encore davantage le fossé que la Commission avait noté entre la loi et son respect par le public.

Il est temps de se rendre à l'évidence : nos politiques ont été inefficaces parce que ce sont de mauvaises politiques.

L'INEFFICACITÉ DES PRATIQUES ACTUELLES

Il n'y a pas, à proprement parler, de stratégie ni fédérale ni nationale. Certaines provinces ont une stratégie, d'autres non. Il y a beaucoup de bruit mais peu d'actions fortes. En l'absence d'indicateurs clairs et acceptés par l'ensemble des acteurs pour évaluer l'efficacité des politiques publiques au Canada, il est difficile de déterminer si les actions menées sont efficaces. Puisque la politique vise à réduire la demande, c'est-à-dire les taux d'usage, et l'offre en diminuant la disponibilité et poussant les prix à la hausse, on peut au moins utiliser ces deux indicateurs.

Si l'on examine les tendances d'usage de cannabis, tant chez les adultes que chez les jeunes, force est d'admettre que nos politiques sont inefficaces. Nous avons vu au chapitre 6 que les tendances d'usage sont en augmentation. Si nos estimations reflètent adéquatement la réalité, pas moins de 2 millions de Canadiens âgés entre 18 et 65 ans ont fait usage du cannabis au moins une fois au cours des douze derniers mois, et au moins 750 000 jeunes entre 14 et 17 ans ont fait usage du cannabis au moins une fois par mois et environ le tiers d'entre eux à chaque jour, proportions qui seraient, au moins dans les quatre provinces les plus populeuses, en augmentation. Qu'il s'agisse de l'usage ou des usages à risque, toutes les données laissent penser que l'un et l'autre sont en augmentation.

Évidemment, il faudrait être en mesure d'établir dairement si l'objectif poursuivi est l'horizon d'une société sans drogue, du moins sans cannabis, ou si l'on vise à réduire les conduites à risque et les abus. Mais là dessus, on nage en pleine confusion tant nos politiques publiques ont maintenu l'emploi de termes vagues et refusé de décider si elles sont axées sur l'abus de substances comme l'indique la terminologie anglaise de plusieurs documents ou la lutte à la toxicomanie comme le veulent les titres français.

Il y a beau jeu de condamner la «banalisation » du cannabis dans la population pour «expliquer» ces augmentations: mais il faudrait aussi savoir pourquoi cette banalisation, si tant est qu'elle se produise. Et il faudrait aussi savoir d'où proviendrait cette banalisation, tenant compte de la prégnance des discours anti-drogues. On peut blâmer les tribunaux et les juger trop laxistes : peut-être les juges ont-ils une longueur d'avance sur les responsables des politiques sur le cannabis et de l'application des lois. Il faudrait d'ailleurs savoir si les sentences sont vraiment aussi faibles que certains le prétendent. Il faudrait surtout se demander si des sentences plus sévères seraient un dissuasif efficace, sachant par ailleurs que le risque de détection par la police – que les corps policiers eux-mêmes estiment à guère plus de 10 % - est un dissuasif beaucoup plus important que la sentence. Bon an mal an, plus de 20 000 Canadiens sont arrêtés pour possession simple de cannabis seulement, et peut-être jusqu'à 50 000 selon la manière d'interpréter les statistiques. C'est déjà beaucoup trop de Canadiens pour ce type de comportement. Pourtant, rapporté au nombre d'usagers au cours des 12 derniers mois, soit environ 3 millions de personnes au total, ce sont des chiffres dérisoires. Il ne faut pas croire qu'on pourrait augmenter significativement ce nombre même en consacrant des milliards supplémentaires à la répression policière. Et il ne faut surtout pas penser qu'on devrait même tenter de le faire.

Si l'on examine la disponibilité et le prix des drogues, il faut aussi admettre que les politiques de réduction de l'offre sont inefficaces. Partout au Canada, et en Colombie-Britannique et au Québec plus qu'ailleurs, l'industrie du cannabis est en croissance, inondant les marchés locaux, irritant nos voisins américains, alimentant plein les coffres le monde interlope. Quant aux prix, ils ne diminuent pas soit, mais la qualité des produits augmente, notamment le contenu en THC – même si nous doutons de l'ampleur de l'augmentation qui nous a parfois été rapportée. Pourtant, les organisations policières disposent déjà de plus de pouvoirs et de latitude en matière de drogues qu'en toute autre matière pénale, plus encore depuis la tragédie du 11 septembre 2001. Pourtant, les sommes consacrées à la répression représentent déjà plus de 90 % de toutes les dépenses relatives aux drogues illicites toutes drogues confondues. Jusqu'où veut-on aller plus loin?

Clairement, les réponses actuelles sont inefficaces. Et elles sont inefficientes. C'est un peu comme jeter l'argent des contribuables par la fenêtre au nom d'une croisade que la dangerosité du produit ne justifie pas. On nous a dit que les drogues, le cannabis inclus, ne sont pas dangereuses parce qu'illégales mais illégales parce que dangereuses. C'est peut-être vrai d'autres drogues, ce ne l'est pas du cannabis. Il faudrait qu'on se le dise une fois pour toutes et qu'on cesse de faire prendre une croisade pour la poursuite du bien public.

UNE POLITIQUE PUBLIQUE BASÉE SUR DES PRINCIPES DIRECTEURS

On peut souhaiter la santé pour tous et le bonheur au quotidien. Mais chacun d'entre nous sait combien l'un et l'autre sont fragiles. Surtout, nous savons tous que ni la santé ni le bonheur ne peuvent être imposés. Moins encore imposés par le droit criminel au nom d'une certaine idée de la morale. Quoique alléchants que puissent être les appels à une société sans drogues, et même si certains pourraient souhaiter que personne n'ait envie de fumer, de boire de l'alcool, ou de fumer un joint, nous savons en même temps que ces comportements, pour le meilleur et pour le pire, font partie de la réalité sociale et de l'histoire de l'humanité.

Quel doit alors être le rôle de l'État? Ni abdiquer et laisser les marchés des drogues à l'état sauvage, ni non plus imposer une manière de vivre. Nous avons plutôt opté pour une conception où les politiques publiques de l'État doivent favoriser et soutenir l'émancipation des personnes et des collectivités. Pour certains, ce sera Mais pour d'autres, la voie de sûrement l'émancipation hors des drogues. l'émancipation peut passer par l'usage de drogues. Et pour la société dans son ensemble, cela signifie un État qui ne dicte pas ce qu'il convient d'ingurgiter et sous quelle forme. Soutenir l'émancipation signifie alors, obligatoirement, flexibilité et adaptabilité. C'est pourquoi une politique publique sur le cannabis saura être claire en même temps que tolérante, servir de guide en même temps que se retenir d'imposer une norme unique. Cette conception du rôle de l'État s'appuie sur une éthique de l'autonomie et surtout de la responsabilité des personnes et des collectivités. Il est effectivement beaucoup plus difficile de laisser aux personnes la capacité de prendre leurs décisions; plus difficile parce que donnant moins l'illusion du contrôle. Mais précisément, c'est une illusion; et nous le savons. Réconfortante peut-être à certains moments, mais susceptible de susciter combien d'excès, combien de souffrances inutiles aussi. Une éthique de la responsabilité informe sur les attentes sociales (ne pas consommer en public, ne pas vendre aux enfants), éduque sur les comportements responsables (reconnaître les conduites à risque, savoir consommer avec modération), et soutient les personnes en difficulté (en offrant un éventail de traitements).

De cette conception de l'action publique, découle un rôle restreint pour le droit pénal. En matière de cannabis, il s'agira uniquement de proscrire les comportements qui causent un tort démontrable à autrui : trafics illégaux, vente à mineurs, conduite avec facultés affaiblies.

Enfin, une politique publique saura tirer parti des connaissances et de la recherche scientifique sans tomber dans l'illusion scientiste comme si la science pouvait donner des réponses aux questions d'ordre politique. Oui, la connaissance a un rôle à jouer, et important, comme **outil d'aide** à la **décision**. Autant pour aider aux décisions de la puissance publique que celles des citoyens. Mais la science ne peut qu'être cela, et c'est bien suffisant. C'est pourquoi nous pensons qu'un observatoire des drogues et des dépendances, ainsi qu'un programme de recherches s'imposent : pour aider à la décision de ceux qui suivront après nous.

UNE STRATÉGIE FÉDÉRALE CLAIRE ET COHÉRENTE

Même si nous nous sommes concentrés sur le cannabis, nous avons été à même d'observer les faiblesses inhérentes de la stratégie fédérale en matière de substances psychoactives. À l'évidence, il n'y a pas de véritable stratégie et d'orientation d'actions. Derrière le leadership supposé de Santé Canada, se profilent en effet une absence de moyens réels d'action, un patchwork d'approches désarticulées entre les diverses substances, un éclatement aussi des actions des divers ministères. Certes, il y a des structures de coordination, mais sans des moyens véritables et des orientations claires, chacun mène ses actions selon ses priorités. Il en résulte que sont financés toute une série de programmes d'action sans que l'on puisse discerner la logique d'ensemble.

De nombreux acteurs nous ont fait part de leur désarroi devant ce puzzle dont les morceaux semblent parfois évanescents, cet empilement de décisions dont on voit mal la cohérence et qui occasionnent maintes frictions sur le terrain. Divers observateurs étrangers nous ont aussi souligné leur étonnement que le Canada, pays riche et qui n'est pas à l'abri des problématiques reliées aux substances psychoactives, n'ait pas un « champion », un porte-parole, une figure d'autorité capable de maîtriser les enjeux réels en même temps que d'obtenir une véritable concertation entre les acteurs.

C'est pourquoi nous recommandons la création d'un poste de conseiller national en matière de substances psychoactives au sein du Bureau du Conseil Privé. Il ne s'agit pas de créer une superstructure gérant l'ensemble des budgets et actions relatives aux substances psychoactives. En clair, nous envisageons une approche semblable à celle de la Mission interministérielle à la drogue et à la toxicomanie en France plutôt qu'une approche semblable à celle de l'Office pour la politique sur le contrôle des drogues aux États-Unis.

Soutenu par un petit secrétariat et par les personnels prêtés par les ministères, ce Conseiller aurait pour mandat de conseiller le Cabinet et le Premier ministre sur les questions nationales et internationales relatives aux substances psychoactives, d'assurer la coordination fédérale entre les ministères et agences, de veiller à l'élaboration et à l'atteinte des objectifs d'action du gouvernement fédéral en matière de substances psychoactives et d'agir comme porte-parole du Gouvernement canadien sur la scène internationale sur les questions relatives aux substances psychoactives.

Recommandation 1

Le Comité recommande que soit créé, au sein du Bureau du Conseil privé, un poste de Conseiller national sur les substances psychoactives et les dépendances ; que ce conseiller soit appuyé d'un petit secrétariat ; et que chaque ministère et organisme fédéral concerné par les substances psychoactives détachent auprès de ce secrétariat et à sa demande, le personnel nécessaire.

UNE STRATÉGIE NATIONALE SOUTENUE PAR DES MOYENS ET DES OUTILS

Une politique et une stratégie fédérales ne font pas une stratégie nationale. Provinces, territoires, municipalités, organismes communautaires, voire le secteur privé, y jouent un rôle, chacun selon son champ de compétences, chacun selon ses priorités. C'est nécessaire et cette diversité mérite d'être encouragée. Au même moment, il faut aussi encourager une certaine harmonisation et surtout des échanges fructueux sur les pratiques et les embûches, sur les progrès et les reculs, sur les connaissances. Hormis les actions portées à bout de bras et avec peu de moyens par le Centre canadien de lutte contre l'alcoolisme et les toxicomanies, il y a trop peu d'occasions et de mécanismes favorisant ces échanges. L'importance des enjeux relatifs aux drogues et aux dépendances, aujourd'hui comme demain, justifie que le Gouvernement du Canada consacre des moyens et se dote des outils susceptibles de contribuer véritablement à des politiques justes, équitables et éclairées.

Comme la plupart des observateurs canadiens et étrangers de la situation des drogues, nous n'avons pu que constater la faiblesse de nos outils et moyens de détermination et de suivi de nos objectifs de politique publique en matière de substances psychoactives. On peut ne pas être d'accord avec les objectifs chiffrés que propose l'Office américain du tsar sur les drogues pour la réduction de la consommation ou pour le nombre de programmes de traitement implantés et évalués. On peut au moins reconnaître qu'il s'agit là de balises proposées à l'ensemble des acteurs et de points de référence pour une évaluation des progrès accomplis.

On peut ne pas être tout à fait à l'aise avec la complexité du processus australien de définition d'objectifs où une grande conférence quinquennale réunit l'ensemble des partenaires des divers paliers de gouvernement, des institutions et du milieu associatif, mais on peut au moins constater que les objectifs agréés par l'ensemble des participants constituent un cadre de référence clair et permettent une meilleure harmonisation.

On peut encore penser lourde la structure de connaissance sur les tendances et modes d'usage des drogues telle qu'on la voit en Europe dans l'Observatoire européen des drogues et des toxicomanies et dans les quinze pays de l'Union, ou coûteuse la pratique américaine de mener diverses études épidémiologiques chaque année. On peut même admettre que les enquêtes menées souffrent d'un certain nombre de problèmes et sont loin de fournir une représentation parfaite des phénomènes de consommation de substances psychoactives. Mais au moins ces outils, cités internationalement, permettent à la fois de constituer une base d'information solide pour analyser les évolutions dans le temps, pour tenter de saisir l'apparition de nouveaux phénomènes de consommation et y réagir rapidement, pour évaluer la pertinence et l'efficacité des actions menées. Rien de tout cela n'existe au Canada et, parmi les pays riches de l'Occident, nous sommes les seuls à ne pas disposer d'une telle structure de connaissance.

Pour ces diverses raisons, le Comité recommande que le Gouvernement du Canada soutienne diverses actions susceptibles de permettre l'élaboration d'une

véritable stratégie nationale. Il s'agirait en premier lieu de convoquer une conférence nationale avec l'ensemble des partenaires pour fixer les objectifs et priorités d'action sur un horizon de cinq ans. Cette conférence devrait aussi identifier des indicateurs permettant de mesurer les progrès accomplis après cinq ans. En deuxième lieu, il faut refonder le Centre canadien sur l'alcoolisme et la toxicomanie. Non seulement cet organisme n'a-t-il pas de moyens, mais de surcroît il est toujours sujet aux aléas de la volonté politique du ministre de la Santé. Le Centre devrait disposer d'un budget aux dimensions des problématiques des substances psychoactives ainsi que de l'indépendance nécessaire lui permettant de mener ses travaux. Enfin, il faut aussi constituer au sein du Centre un véritable observatoire canadien des drogues et des dépendances.

Recommandation 2

Le Comité recommande que le Gouvernement du Canada mandate le Conseiller national sur les substances psychoactives et les dépendances à convoquer pour 2003 une conférence nationale de haut niveau regroupant les acteurs clés des provinces, territoires, municipalités et associations, pour fixer des objectifs et des priorités d'action en matière de substances psychoactives sur un horizon de cinq ans.

Recommandation 3

Le Comité recommande que le Gouvernement du Canada modifie la législation habilitante du Centre canadien de lutte contre l'alcoolisme et les toxicomanies pour en changer l'appellation pour Centre canadien sur les substances psychoactives et les dépendances; en faire un organisme relevant du Parlement du Canada; doter cet organisme d'un budget de fonctionnement annuel de base de 15 millions \$ sujet à révision annuelle à la hausse; exiger de cet organisme qu'il dépose au Parlement fédéral et aux Assemblées et Parlements des provinces et territoires un rapport annuel sur les actions menées, les enjeux soulevés par la pratique, la recherche et les tendances; mandater cet organisme à assurer la coordination nationale de la recherche sur les substances psychoactives et les dépendances, et à mener certaines études sur des questions spécifiques; et mandater le Centre à réaliser à tous les cinq ans une évaluation de la stratégie nationale en matière de substances psychoactives et de dépendances.

Recommandation 4

Le Comité recommande que le Gouvernement du Canada inclue spécifiquement dans la législation constituant le Centre canadien sur les drogues et les dépendances la création, au sein du Centre, d'un Observatoire canadien sur les substances psychoactives et les dépendances; prévoit que cet Observatoire soit mandaté pour mener, à chaque deux ans, en collaboration avec les organismes pertinents, des enquêtes sur les tendances d'usage des drogues et problématiques de dépendances dans la population adulte; assure avec les provinces et les territoires l'harmonisation des études en population étudiante et leur régularité aux deux ans; mène des études ponctuelles sur des sujets spécifiques; et dépose un rapport bisannuel sur les tendances d'usage et les problématiques émergentes.

UNE POLITIQUE DE SANTÉ PUBLIQUE

Lorsque le cannabis a été inclus parmi les drogues prohibées en 1923, il n'y a eu ni débat public ni discussion des effets connus de cette drogue. En fait, les opinions exprimées étaient sans commune mesure avec les dangers que pouvait représenter cette substance. Un demi-siècle plus tard, la Commission royale d'enquête sur l'usage non médical des drogues, la Commission Le Dain, avait apporté un peu plus de rationalité dans le débat sur le cannabis et fait le point sur l'état des connaissances. Ses commissaires étaient divisés non pas tant sur la nature de la drogue et de ses effets que sur le rôle de l'État et du droit pénal pour atteindre des objectifs de santé publique. Trente ans après le rapport de la Commission Le Dain, nous pouvons affirmer que, consommé de manière modérée, le cannabis en soi présente peu de dangers pour les usagers ou pour la société, mais que certaines formes d'usage présentent des risques pour les usagers.

Par contre, en plus d'être inefficace et coûteuse, la criminalisation actuelle entraîne une série de conséquences perverses pour les usagers qu'elle marginalise et expose au risque discriminatoire de l'arrestation et de la procédure judiciaire, pour la société en alimentant les réseaux de criminalité organisée qui profitent de la prohibition, et pour les gouvernements en diminuant leur capacité à faire une véritable prévention des usages à risque.

Ajoutons que, même si le cannabis avait des effets négatifs importants, il faudrait s'interroger sur la pertinence d'utiliser la voie pénale pour en limiter les conséquences. Nous avons démontré que le droit pénal n'est pas un outil de

gouvernance approprié dans les matières relevant de choix personnels et dont on sait que la prohibition s'accompagne d'effets pervers souvent plus importants que les effets positifs escomptés. Mais l'état des connaissances accumulées sur le cannabis, ses effets et ses conséquences, nous permet de ne pas avoir même à soulever cette question.

Pour autant, les données disponibles montrent qu'on ne peut plus continuer à se cacher l'ampleur du phénomène de consommation de cannabis. Nous avons vu en effet au chapitre 6 que pas moins de 30 % des Canadiens et Canadiennes (12 à 64 ans) auront expérimenté le cannabis au moins une fois au cours de leur vie, proportion qui est probablement une sous-estimation. Nous avons vu que chez les jeunes de niveau secondaire, la proportion de ceux qui ont consommé du cannabis aux cours de la dernière année avoisine les 50 %. Et pourtant, le taux de discontinuation est très élevé et la vaste majorité des expérimentateurs ne deviennent pas des usagers réguliers. Même chez les usagers réguliers, seule une faible proportion développe des problèmes objectifs de consommation excessive qui pourra inclure un certain niveau de dépendance psychologique. Les usagers ne suivent pas une trajectoire de consommation qui les mène inévitablement du moins vers le plus, mais ont plutôt des consommations en dents de scie. Les usagers réguliers tendent aussi à avoir une consommation élevée au début de la vingtaine, qui diminue ou se stabilise par la suite, et qui pour la grande majorité cesse au milieu de la trentaine.

Affirmer ce qui précède, ce n'est pas pour autant affirmer que la consommation de cannabis devrait être encouragée ni non plus qu'elle devrait faire l'objet d'un laisserfaire total. Évidemment, il s'agit d'une substance psychoactive qui a certains effets sur les fonctions cognitives et motrices. Lorsque fumé, le cannabis peut entraîner des effets nocifs sur les voies respiratoires et comporte probablement aussi un potentiel cancérogène. Chez certaines personnes vulnérables, il convient de chercher le plus possible à prévenir l'usage. C'est le cas pour les jeunes de moins de 16 ans et des personnes que certaines conditions personnelles peuvent rendre plus vulnérables (par exemple les personnes ayant des prédispositions psychotiques). Chez les usagers adultes, il convient de promouvoir une utilisation raisonnable comme on le fait pour l'alcool. Puisqu'il existe, comme pour toute substance, des usages à risque, il convient d'élaborer des mesures de prévention et des outils de dépistage et de développer les approches de traitement pour les personnes qui en font un usage excessif. Enfin, il va de soi qu'il faut dissuader la conduite sous l'influence de cannabis tant par des mesures d'éducation que par des mesures pénales sévères.

Comme pour toute autre substance, il existe des usages à risque et des usages excessifs. Il n'existe pas de critère objectif universellement admis sur les frontières entre usage, usage à risque et usage excessif. On sait que le contexte d'usage, l'âge d'initiation, la qualité du produit consommé et la quantité sont des facteurs qui interviennent dans le passage d'une forme d'usage à l'autre. Nous avons identifié, aux chapitres 6 et 7 divers critères que nous rassemblons dans le tableau que nous présentons à la page suivante.

Proposition de critères pour différencier les usages

	Contexte	Quantité	Fréquence	Durée et intensité
Expérimentation / Occasionnel	Curiosité	Variable	Quelques fois au cours de la vie	Aucune
Régulier	Récréatif, festif Surtout le soir Surtout en groupe	Quelques joints Moins d'un gramme par mois	Quelques fois par mois	S'échelonne sur quelques années mais rarement intensif
À risque	Récréatif et occupationnel (pour aller à l'école, au travail,	Entre 0,1 et 1 gramme par jour	Quelques fois par semaine, le soir, les fins de semaine surtout	S'échelonne sur plusieurs années avec des pics d'intensité élevée
	faire du sport) Seul, le matin Moins de 16 ans		DI 10 6	ov 1 1
Excessif	Occupationnel et problèmes personnels Usages dérégulés	Plus d'un gramme par jour	Plus d'une fois par jour	S'échelonne sur plusieurs années avec une intensité élevée continue pendant plusieurs mois à la fois

Il est temps de reconnaître que si le cannabis en soi ne représente que très peu de danger pour les usagers et pour la société, certains usages présentent des risques. C'est pourquoi une politique publique doit se concentrer sur la prévention des usages à risque et l'aide et le traitement aux usagers excessifs.

Recommandation 5

Le Comité recommande que le Gouvernement du Canada adopte une politique intégrée sur les risques et les méfaits des substances psychoactives portant sur l'ensemble des substances (médicaments, alcool, tabac et drogues illicites). En matière de cannabis, cette politique sera axée sur l'éducation des consommateurs, la détection et la prévention des usages à risque et le traitement des usages excessifs.

UNE APPROCHE RÉGLEMENTAIRE SUR LE CANNABIS

La prohibition du cannabis ne produit pas les bénéfices escomptés de réduction de l'usage ni des usages à problème. Mais elle entraîne toute une série de conséquences perverses. Les usagers sont marginalisés et plus de 20 000 Canadiens sont arrêtés chaque année pour simple possession de cannabis. Dans les écoles, les jeunes ne jouissent plus des mêmes protections de leurs droits constitutionnels et civiques que les autres personnes. Les organisations criminelles bénéficient de la prohibition et augmentent leur pouvoir et leur richesse grâce à la criminalisation du cannabis. Et chacun sait que l'on n'abolira pas l'usage de drogues dans nos sociétés, du cannabis en particulier.

Certains pourront penser qu'une politique alternative consiste à baisser les bras et à renoncer à la promotion du bien-être des Canadiens et des Canadiennes. Certains pourront soutenir qu'une approche de réglementation du cannabis constituerait un affront aux valeurs fondamentales de notre société. Nous pensons au contraire que la continuation de la prohibition met la santé et le bien-être des citoyens du pays davantage en danger qu'une mise en marché réglementée du cannabis. Nous pensons que le maintien de la criminalisation est un affront aux valeurs fondamentales consacrées dans la Charte canadienne des droits et libertés et dans l'histoire de ce pays fondé sur la diversité et la tolérance.

Nous ne souhaitons pas que l'usage augmente, spécialement chez les jeunes. Mais les données que nous avons examinées aux chapitres 6 et 20 sur une base comparative montrent à l'évidence que les pays tels les Pays-Bas, l'Australie ou la Suisse ayant adopté une approche plus libérale n'ont pas vu leurs niveaux de consommation augmenter sur le long terme pour cette raison. Les mêmes données ont aussi montré clairement que des pays ayant une approche très restrictive comme la Suède et les États-Unis sont aux extrêmes en termes de niveaux de consommation, tandis que des pays ayant des approches libérales similaires comme les Pays-Bas et le Portugal sont aussi aux extrêmes entre eux et surtout sont quelque part entre la Suède et les USA. En somme, nous avons conclu que les politiques publiques en soi ont peu d'effet sur les tendances d'usage du cannabis et que d'autres facteurs, plus complexes et plus difficiles à maîtriser, interviennent davantage pour expliquer les variations.

Un régime d'exemption rendant le cannabis disponible légalement aux personnes de plus de 16 ans signifiera probablement une augmentation de la consommation pendant une certaine période. Ce niveau plafonnera ensuite, au fur et à mesure que l'intérêt s'émoussera et que les programmes de prévention efficaces seront implantés. Il suivra ensuite une tendance en dents de scie, marquée de pics et de creux, comme dans la plupart des autres pays.

Ni abdication ni à plat ventrisme, mais plutôt une vision du rôle de l'État et du droit pénal qui consistent à susciter et favoriser l'action humaine sans la contrôler, à ne stipuler que les interdits nécessaires relatifs aux principes fondamentaux du

respect de la vie et de l'autre et à la vie collective harmonieuse, et à soutenir et aider et

non à juger et condamner la différence.

On peut souhaiter un monde sans drogues. Moins de fumeurs de tabac. Moins d'alcoolisme. Moins de dépendance aux médicaments prescrits. Mais on sait qu'on n'éliminera pas ces maux. Et surtout, on ne choisit pas de les criminaliser. C'est la même approche, la même attitude, que nous pensons la plus saine et la plus respectueuse en matière de cannabis.

C'est pourquoi nous recommandons que le Gouvernement du Canada modifie la Loi réglementant certaines drogues et autres substances afin que la production et la vente de cannabis soient exemptées des infractions criminelles sous réserve d'obtention d'une licence. Certaines conditions seront attachées à l'obtention des licences ainsi qu'à la production et à la vente, que nous avons tenté de préciser et qui se trouvent à la fin de ce chapitre afin de ne pas alourdir le texte. Notons immédiatement que nous proposons d'exclure les fabricants de cigarettes de la production et de la vente de cannabis.

Recommandation 6

Le Comité recommande que le Gouvernement du Canada modifie la Loi réglementant certaines substances et autres drogues dans le but de créer un régime d'exemption criminelle. Cette loi prévoira: les conditions d'obtention des licences ainsi que de production et de vente; des sanctions pénales pour le trafic illégal et l'exportation; et le maintien des sanctions criminelles pour toute activité ne se conformant pas au régime d'exemption.

Recommandation 7

Le Comité recommande que le Gouvernement du Canada adopte une loi d'amnistie pour toute personne condamnée pour possession simple de cannabis en vertu de la Loi actuelle et des lois précédentes.

UNE APPROCHE DE COMPASSION POUR LES USAGES THÉRAPEUTIQUES

Nous avons vu au chapitre 9 que le cannabis n'a pas été établi comme médicament au sens pharmacologique du terme. Aux difficultés inhérentes à mener des études sur les applications thérapeutiques du cannabis, s'ajoutent des difficultés tenant au contexte juridique actuel et au coût pour les gouvernements de mener des études cliniques dont on sait qu'elles sont dispendieuses.

Ceci dit, nous ne doutons pas que, dans un certain nombre de conditions médicales, et pour certaines personnes, le cannabis soit effectivement une thérapie efficace et utile. L'est-il plus que ne le seraient d'autres médicaments? Peut-être pas. Les médecins peuvent-ils présentement prescrire en toute confiance une dose de cannabis? Sûrement pas. Les personnes atteintes de certaines affections physiques devraient-elles avoir la possibilité d'utiliser du cannabis si elles le désirent et quand le diagnostic de leur condition a été établi par un praticien dûment reconnu? Nous en sommes persuadés.

La réglementation adoptée en 2001 par le ministre de la Santé, si elle constitue un pas dans la bonne direction, est fondamentalement insatisfaisante. Elle ne facilite pas l'accès au cannabis thérapeutique. Elle ne tient pas compte de l'expérience et de l'expertise disponible dans les organismes de compassion. Elle est limitée à la marijuana et n'inclut pas les dérivés du cannabis tels le haschich et les huiles.

Pour ces raisons, rous recommandons que le ministre de la Santé du Canada modifie la réglementation sur l'accès du cannabis aux fins médicales afin de permettre l'accès au cannabis thérapeutique fondé sur la compassion. De même que pour la section précédente, nous avons inclus des propositions de règles à la fin de ce chapitre.

Recommandation 8

Le Comité recommande que le Règlement sur l'accès à la marihuana à des fins médicales soit modifié afin de prévoir des nouvelles règles concernant l'admissibilité, la production et la distribution de cannabis aux fins thérapeutiques. De plus, la poursuite de la recherche sur le cannabis thérapeutique est essentielle.

DISPOSITIONS SUR LA CONDUITE SOUS L'INFLUENCE DU CANNABIS

Nous avons vu au chapitre 8 que les effets du cannabis æul sur la conduite de véhicules n'ont pas été clairement établis par la recherche. Néanmoins, il y a suffisamment d'indications à l'effet que la conduite sous l'influence du cannabis modifie certaines capacités motrices et affecte la capacité à rester dans sa voie. Nous avons aussi vu que les effets combinés de consommation de cannabis et d'alcool diminuent les facultés davantage que l'alcool seul. Or, les enquêtes épidémiologiques montrent qu'un certain nombre d'usagers de cannabis prennent le volant sous l'influence et qu'une proportion importante, principalement chez les jeunes, semble croire que le cannabis ne diminue pas leurs facultés de conduite.

Ce chapitre avait aussi montré qu'il n'y a pas d'outil fiable et non intrusif de détection sur site. Des outils recourant à la salive sont prometteurs mais donnent pour

le moment des résultats trop instables. Par ailleurs, nous avions vu que le système de reconnaissance visuelle élaboré et évalué principalement aux États-Unis constituait un outil fiable de détection de facultés affaiblies sous l'influence de drogues.

Recommandation 9

Le Comité recommande que le <u>Code criminel</u> soit modifié pour abaisser le seuil d'alcoolémie à quarante milligrammes d'alcool par cent millilitres de sang lorsqu'il y a présence de drogues, notamment mais pas exclusivement de cannabis ; et pour admettre en preuve le témoignage de policiers experts formés à la reconnaissance de conduite sous l'influence de drogues.

POURSUIVRE LA RECHERCHE

La recherche sur les substances psychoactives, et tout particulièrement sur le cannabis, a véritablement explosé au cours des vingt dernières années. Le Comité a pu constater d'expérience à quel point, puisque nous avons fait face au défi d'en tenter une synthèse. Toute la recherche n'est pas de même qualité et il est vrai que le climat juridique et politique actuel sur le cannabis nuit à la rigueur et à l'objectivité des études. Nous disposons donc d'une base de connaissances solide, celle qui nous a servi à appuyer nos conclusions et recommandations précédentes.

Il demeure toutefois un certain nombre de domaines sur lesquels il conviendrait de mener davantage d'études. Au chapitre 6, nous avons vu que les connaissances sur les usages et les contextes d'usage sont limitées, faute d'études de terrain auprès des usagers. Dans la même veine, il est pour le moment difficile d'établir des critères sur les diverses formes d'usage susceptibles de guider les acteurs de prévention. Nous avons suggéré que toute consommation de plus d'un gramme de cannabis par jour est excessive, qu'une consommation entre 0,1 et 1 gramme par jour est une consommation à risque. Nous avons aussi suggéré que toute consommation chez les moins de 16 ans est une consommation à risque. Ce sont là des spéculations informées, mais des spéculations tout de même, que la recherche devrait explorer.

Nous avons aussi vu aux chapitres 16 et 17 que nous connaissons peu de choses des actions de prévention et des traitements les plus efficaces. Ici aussi, le contexte a nui. En matière de prévention, le message plus ou moins implicite du « just say no » et l'accent sur la prévention de l'usage ont été des stratégies dictées par un contexte de prohibition. En matière de traitement des usagers à problème, les modèles de l'abstinence ont été longtemps dominants et ils cohabitent encore mal avec des modèles de réduction des méfaits. Il y aurait lieu de mener des études d'évaluation rigoureuses.

Le Centre canadien sur les substances psychoactives et les dépendances doit jouer un rôle clé sur la coordination des études et la dissémination de leurs résultats. Le Centre n'a pas à mener les études lui-même. Elles peuvent et doivent souvent être menées par des universitaires. Les Instituts de recherche en santé sont aussi des collaborateurs évidents. Néanmoins, il importe qu'un dépositaire central de l'information issue de la recherche soit clairement identifié pour que ses résultats soient les plus largement disséminés et, souhaitons-le, utilisés.

Recommandation 10

Le Comité recommande que le Gouvernement du Canada constitue un fonds national de la recherche sur les substances psychoactives et les dépendances qui permettra de financer la recherche sur des questions clés et notamment sur les diverses formes d'usages, sur les applications thérapeutiques du cannabis, sur les outils de détection de la conduite sous influence, sur les programmes de prévention et de traitement efficaces; et que le Gouvernement du Canada mandate le Centre canadien sur les substances psychoactives et les dépendances pour coordonner l'effort national de recherche et agir comme centre de ressources.

POSITIONNEMENT INTERNATIONAL DU CANADA

Le Comité est tout à fait conscient que le Canada, s'il choisit la voie rationnelle que le Comité lui recommande pour la réglementation du cannabis, contreviendrait ainsi aux dispositions des Conventions et Traités internationaux qui gouvernent les drogues. Nous sommes aussi conscients des implications diplomatiques de cette approche, notamment avec nos voisins américains.

Nous ne voulons pas reproduire à la frontière canado-américaine les embrouilles qui ont marqué les relations néerlandaises, françaises, belges et allemandes au cours de la période 1985-1995 sur la question du narco-tourisme. C'est un des motifs qui justifie que la distribution du cannabis et ses dérivés aux fins récréatives soit restreinte aux résidents Canadiens.

Mais nous savons qu'en ce moment même une partie importante du cannabis produit au Canada est destinée à l'exportation et que le principal «client » est notre voisin du Sud. Nous savons aussi qu'une partie importante de l'héroïne et de la cocaïne arrivant au Canada transite par les États-Unis. Nous savons surtout que ce n'est pas le cannabis canadien qui explique la montée en puissance des niveaux de consommation

aux États-Unis. Il appartient à chacun de nous de mettre de l'ordre dans sa propre maison avant de critiquer l'agencement des meubles chez l'autre.

Au plan international, le Canada devra soit se retirer temporairement des Conventions et traités soit accepter de leur être en contravention temporairement tout en demandant à la communauté internationale de les modifier. Nous optons pour la seconde approche, selon nous plus conforme à la tradition et à l'esprit de la politique étrangère canadienne. De surcroît, nous avons vu que les traités internationaux consacrent le déséquilibre des relations Nord-Sud en interdisant l'accès à des plantes, dont le cannabis, originaires du Sud, tout en bénéficiant d'un régime de réglementation pour les médicaments produits par les industries pharmaceutiques du Nord. Le Canada pourrait inviter la communauté internationale à examiner à nouveau les traités et conventions sur les substances psychoactives en ayant ce déséquilibre à l'esprit.

Par ailleurs, le Canada peut et doit jouer un rôle de leader en matière de politiques sur les drogues. Le renforcement de l'infrastructure nationale de connaissance et d'action y contribuera certainement. Le Canada doit notamment jouer un rôle de premier plan dans les Amériques. Nous pensons que le Canada jouit d'une réputation internationale forte et qu'il peut contribuer à l'adoption de politiques plus équitables et plus rationnelles en matière de drogues et spécifiquement de cannabis. Nous pensons entre autres que le Canada devrait stimuler la mise sur pied, au sein de l'Organisation des États Américains, d'un observatoire des Amériques sur les drogues et les dépendances qui serait le pendant de l'Observatoire européen.

Recommandation 11

Le Comité recommande que le Gouvernement du Canada instruise le ministre des Affaires étrangères et du Commerce international d'informer les autorités compétentes des Nations Unies qu'il demande la modification des Conventions et Traités réglementant les drogues illicites relativement au cannabis; et qu'il soutienne le développement d'un Observatoire des drogues et des dépendances pour les Amériques.

PROPOSITIONS DE MISE EN ŒUVRE DE LA RÉGLEMENTATION DU CANNABIS AUX FINS THÉRAPEUTIQUES ET RÉCRÉATIVES

Modifications au

Règlement sur l'accès à la marihuana à des fins médicales (Production et vente de cannabis aux fins thérapeutiques)

A. Personne admissible

Toute personne, qui a l'une ou l'autre des conditions physiques suivantes : cachexie, traitements de chimiothérapie, fibromyalgie et sclérose en plaque, douleurs chroniques causées par un accident ou une autre condition physique incluant les migraines et céphalées chroniques, épilepsie, dont l'état physique a été attesté par un médecin ou une personne dûment autorisée par l'association médicale compétente de la province ou du territoire, pourra exercer son libre choix de se procurer du cannabis et ses dérivés aux fins thérapeutiques. Elle devra être inscrite auprès d'un centre de distribution agréé ou de Santé Canada.

B. Licence de distribution

Tout résidant Canadien pourra obtenir une licence pour la distribution de cannabis et de ses dérivés aux fins thérapeutiques, s'il s'engage entre autres : à ne vendre que du cannabis aux fins thérapeutiques aux personnes admissibles; à ne vendre que du cannabis et ses dérivés acheté auprès des producteurs dûment licenciés à cette fin; à tenir des dossiers détaillés sur les conditions médicales et leur évolution, les consommations et les effets constatés sur les patients; à prendre toutes les mesures nécessaires pour assurer la sécurité des produits du cannabis; et à se soumettre aux inspections du ministère.

C. Licence de production

Tout résident Canadien pourra obtenir une licence pour la production de cannabis et de ses dérivés aux fins thérapeutiques s'il s'engage entre autre : à ne pas détenir une licence pour la production de cannabis non thérapeutique ; à prendre des mesures pour assurer la constance, la régularité et la qualité des récoltes ; à prendre toutes les mesures nécessaires pour assurer la sécurité des sites de production ; à connaître et documenter les propriétés et les concentrations en delta-9 THC de chaque récolte ; à ne vendre qu'aux centres de distribution agréés ; et à se soumettre aux inspections du ministère.

D. Autres propositions

- Assurer que les dépenses relatives à l'utilisation de cannabis aux fins thérapeutiques seront admissibles au crédit d'impôt pour frais médicaux;
- Assurer la réalisation d'un programme de recherche sur les applications thérapeutiques du cannabis: en prévoyant un financement adéquat; en mandatant le Centre canadien sur les drogues et les dépendances pour coordonner ce programme de recherches; et en prévoyant une étude systématique de cas cliniques à partir de la documentation disponible dans les organismes qui font présentement la distribution du cannabis à des fins thérapeutiques et dans les futurs centres de distributions;
- Assurer que le Comité consultatif sur l'utilisation thérapeutique du cannabis soit représentatif de tous les acteurs, incluant les centres de distribution et des usagers.

Modifications à la

Loi réglementant certaines drogues et autres substances (Production et vente de cannabis aux fins non thérapeutiques)

A. But généraux du projet de loi

- Réduire les conséquences dommageables de la criminalisation de l'usage et la possession du cannabis et ses dérivés ;
- Permettre aux personnes de plus de 16 ans de se procurer du cannabis et ses dérivés dans des centres de distribution dûment licenciés;
- Reconnaître que le cannabis et ses dérivés sont des substances psychoactives qui peuvent entraîner des risques pour la santé physique et psychologique, et à cette fin réglementer l'usage et le commerce de ces substances afin de prévenir les usages à risques et les usages excessifs.

B. Licence de distribution

Amender la Loi pour créer une exemption aux infractions criminelles prévues dans la LRDS relatives à la distribution du cannabis. Tout résident Canadien pourra obtenir une licence de distribution du cannabis à condition de s'engager entre autres : à ne pas distribuer à des personnes de moins de 16 ans ; à ne vendre du cannabis et ses dérivés qu'à des résidents Canadiens ; à n'avoir jamais fait l'objet d'une condamnation pour infraction aux lois criminelles à l'exception des infractions relatives à la possession de cannabis pour

lesquelles il y aura amnistie; et à se procurer du cannabis seulement auprès des producteurs dûment licenciés. De plus, en tenant compte des limites potentielles imposées par la Charte canadienne des droits et libertés, les distributeurs licenciés ne pourront afficher les produits du cannabis de manière explicite et ne feront aucune publicité, sous aucune forme.

C. Licence de production

Amender la Loi pour créer une exemption aux infractions criminelles prévues dans la LRDS relatives à la production du cannabis. Tout résident Canadien pourra obtenir une licence de production sous conditions entre autres: de ne vendre qu'aux distributeurs dûment licenciés; de ne vendre que de la marijuana et du haschich n'excédant pas un contenu en THC supérieur à 13 %; de limiter sa production à ce qui est spécifié dans la licence ; de prendre toutes les mesures pour assurer la sécurité des emplacements de production; de tenir des registres détaillés des quantités produites et des récoltes, des niveaux de concentration en THC et des conditions de production; et de se soumettre aux inspections du Aucune personne avant fait l'objet de poursuites et de condamnations pour infractions relatives à toute substance illicite, à l'exclusion de la possession du cannabis pour laquelle il y aurait amnistie, ne pourra se voir accorder une licence. Aucune personne physique ou morale, directement ou production, indirectement associée fabrication. à la commercialisation, ou toute autre forme d'activités reliées aux produits et dérivés du tabac. Finalement, tenant compte des limites potentielles imposées par la Charte canadienne des droits et libertés, il ne sera fait aucune publicité, sous aucune forme, des produits de cannabis et de leurs dérivés.

D. Production aux fins personnelles

Amender la Loi afin de créer une exemption aux infractions criminelles prévues dans la LRDS pour permettre la production personnelle de cannabis tant qu'il n'y aura aucune vente contre rémunération ni échange de biens en nature ou autrement et aucune publicité ou autre forme de mise en valeur de la culture. De plus, il sera prévu des limites de quantité afin d'assurer qu'il s'agit réellement de consommation personnelle.

E. Consommation en public

La consommation dans les lieux publics fréquentés par des personnes de moins de 16 ans sera prohibée.

F. Commerce international

Toute forme de commerce international sauf celles explicitement autorisées par la Loi sera soumise aux peines déjà prévues à la LRDS pour trafic illégal.

G. Autres propositions

- Assurer l'établissement d'une Régie nationale paritaire du cannabis avec les représentants dûment mandatés du Gouvernement fédéral et des Gouvernements des Provinces et des Territoires. Cette Régie tiendra un registre national de la production et de la vente du cannabis et des produits dérivés, fixera le montant et la répartition des taxes prélevées sur la vente des produits du cannabis et verra à la redistribution exclusive de la totalité des taxes prélevées sur la production et la vente de cannabis et des produits dérivés aux actions de prévention des usages à risque, de traitement des usagers excessifs, de recherche et observation des tendances, et de lutte contre le trafic illégal.
- Les provinces et les territoires continueront à élaborer les mesures de prévention qui devraient viser prioritairement les usages à risque. Le Centre canadien sur les drogues et les dépendances devrait être mandaté à colliger les meilleures pratiques de prévention et s'assurer de l'échange d'informations sur les pratiques efficaces et l'évaluation.
- Les provinces et les territoires continueront à élaborer les mesures de soutien et de traitement qui devraient viser prioritairement les usages excessifs. Le Centre canadien sur les drogues et les dépendances devrait être mandaté à colliger les meilleures pratiques de traitement et s'assurer de l'échange d'informations sur les pratiques efficaces et leur évaluation.
- Assurer le renforcement des ressources policières et douanières pour lutter contre la contrebande, l'exportation sous toutes ses formes, et le trafic transfrontalier.

BIBLIOGRAPHIE

I - RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES

- Abt Associates. 2001. The Price of Illicit Drugs: 1981 through the Second Quarter of 2000. Washington (D.C.): Office of National Drug Control Policy
- Adhikari, P. et A. Summerill. 2000. 1998 National Drug Strategy Household Survey: Detailed Findings. Canberra: Australian Institute of Health and Welfare. (Drug Statistics Series No. 6). (Disponible en ligne à l'adresse: http://www.aihw.gov.au/publications/health/ndshs98d/index.html)
- Adlaf, E.M. et A. Ialomiteanu. 2000. CAMH Monitor Report: Addiction and Mental Health Indicators among Ontario Adults, 1977-2000. Toronto: Centre for Addiction and Mental Health.
- Adlaf, E.M. et A. Paglia. 2001. Drug Use among Ontario Students 1977-2001. Findings from the OSDUS. Toronto: Centre for Addiction and Mental Health.
- Aebi, M.F., Killias, M. et D. Ribeau. 1999. «Prescription médicale de stupéfiants et délinquance : Résultats des essais suisses ». Criminologie 32(2) : 127-148.
- Alexander, B.K. 2000. « The globalization of addiction. » Addiction Research. 8(6): 504.
- Ali, R. et coll. 1998. The Social Impacts of the Cannabis Expiation Notice Scheme in South Australia. Canberra:

 Department of Health and Aged Care. (Disponible en ligne à l'adresse:

 http://www.health.gov.au/pubhlth/publicat/drugs.htm)
- Allain, J. 1997. Projet de loi C-8 : Loi réglementant certaines drogues et autres substances. Ottawa : Bibliothèque du Parlement Direction de la recherche parlementaire.
- Allan, Travis. 2001. « Drug Laws: the debate nobody wants ». The Guardian. 14 mai.
- Anslinger H.J. et W. Oursler. «The War against the Murderers ». dans Walker III, W.O. (ed.). 1996. Drugs in the Western Hemisphere: An Odyssey of Cultures in Conflict. Wilmington (Delaware): Scholarly Resources Inc.
- Anthony J.C. et J.E. Helzer. 1991. «Syndromes of Drug Abuse and Dependence ». dans Robins, L.N. et D.A. Regier (eds.). 1991. *Psychiatric Disorders in America*. New York. Free Press: 116-154
- Anthony, J.C. et coll. 1994. «Comparative Epidemiology of Dependence on Tobacco, Alcohol, Controlled Substances and Inhalants: Basic findings from the National Gmorbidity Survey ». Experimental and Clinical Psychopharmacology. 2: 244-268.
- Aquatias. S. et coll. 1997. L'usage dur des drogues douces, recherche sur la consommation de cannabis dans la banlieue parisienne. Paris : OFDT.

RAPPORT DU COMITÉ SPÉCIAL DU SÉNAT SUR LES DROGUES ILLICITES : LE CANNIBIS

- Aquatias, S. 1999. «Usages du cannabis et situations sociales : Réflexion sur les conditions sociales des différentes consommations possibles de cannabis.» dans Faugeron, C. (ed.). 1999. Les drogues en France. Paris : Georg.
- Ashton, C.H. 2001. «Pharmacology and Effects of Cannabis: A brief review.» *British Journal of Psychiatry*. 178: 101-106.
- Association canadienne des policiers et policières (ACP). 2001. Mémoire présenté devant le Comité spécial du Sénat sur les drogues illicites. Ottawa: ACP.
- Ati-Dion, G. 1999. La construction en droit international et en droit pénal canadien de la prohibition des drogues. Montréal : Université de Montréal - École de criminologie.
- Bala, N. et coll., (dir.). 2002. Juvenile Justice Systems: An International Comparison of Problems and Solutions. Toronto: Thompson Educational Publishing.
- Barré, M.D., Pottier, M.L. et S. Delaître. 2001. Toxicomanie, police, justice: trajectoires pénales. Paris: OFDT.
- Beardsley, R.M et coll. 1986. «Dependence on THC in rhesus monkeys ». *Journal Pharmacology and Experimental Therapeutics. Exp. Ther.* 239(2): 311-319.
- Beauchesne, Line. 1991. La légalisation des drogues... Pour mieux en prévenir les abus. Montréal : Méridien.
- Beauchesne, Line. 1999. «À propos du cannabis, que faire? ». L'écho-toxico. Automne 1999. 9(2).
- Belenko, Steven R. (dir.). 2000. Drugs and Drug Policy in America: A Documentary History. Westport (Connecticut): Greenwood Press.
- Beltrame, Julian. 2001. «Reefer Madness: The Sequel.» MacLean's. 114(32): 22-25.
- Bergeron, H. 1996. Soigner la toxicomanie. Les dispositifs de soins entre idéologie et action. Paris : L'Harmattan.
- Bergeron, H. 1998. «Comment soigner les toxicomanes? », Sociétal, juin-juillet 1998 : 45-49.
- Bernat de Celis, J. 1996. Drogues: Consommation interdite. Paris: L'Harmattan.
- Bewley-Taylor, D.R. 1999. The United States and International Drug Control. London et New York: Printer.
- Bigelow, G.E. 1985. *Identifying Types of Drug Intoxication: Laboratory Evaluation of a Subject-Examination Procedure.* Cité dans Sandler, D. 2000. «Expert and Opinion Testimony of Law Enforcement Officers Regarding Identification of Drug Impaired Drivers.». *University of Hawaii Law Review* 23(1): 150-181.
- Bisiou, Y., (1999) «Histoire des politiques criminelles : Le cas des régies françaises des stupéfiants. » dans Faugeron, C., (ed.). 1999. Les drogues en France. Politiques, marchés, usages. Paris : Georg.
- Bockhout van Solinge, T. 1997 *The Swedish Drug Control System : An in-depth Review and Analysis.* Amsterdam : Centre for Drug Research University of Amsterdam.

RAPPORT DU COMITÉ SPÉCIAL DU SÉNAT SUR LES DROGUES ILLICITES: LE CANNIBIS

- Boekhout van Solinge, T. 1998. «La Politique de drogue aux Pays-Bas: un essai de changement ». Déviance et Société. 22: 69 à 71.
- Boggio, Y. et coll. 1997. Apprendre à gérer : La politique suisse en matière de drogue. Genève : Georg.
- Boyd, N. 1991. High society: Illegal and Legal Drugs in Canada. Toronto: Key Porter Books.
- Brereton, D. 2000. «The History and Politics of Prohibition». dans Stokes, G., Chalk, P. et K. Gillen. 2000. Drugs and Democracy: In search of new directions. Carlton South: Melbourne University Press
- British Columbia Compassion Club Society. 2001. BCCCS Response to Health Canada's Proposed Medical Marijuana Access Regulations. Vancouver. 4 mai 2001.
- Brucker, Theresa. 2002. The Practical Guide to the Controlled Drugs and Substances Act. Scarborough: Carswell (Fourth Edition).
- Bruun, Kettil, Pan, L et I. Rexed. 1975. The Gentlemen's Club: International Control of Drugs and Alcohol. Chicago: University of Chicago Press.
- Bureau de la vérificatrice générale du Canada. 2001. Rapport de la vérificatrice générale du Canada Chapitre 11 Les drogues illicites: le rôle du gouvernement fédéral. Ottawa: Ministère des Travaux publics et des Services gouvernementaux.
- Bureau exécutif du Président des États-Unis. 2001. Summary: FY 2002 National Drug Control Budget. Washington (D.C.): Maison-Blanche.
- Caballero, F. et Y. Bisiou (2000) Droit de la drogue. Paris : Dalloz (2e édition).
- Campbell, I. 1976. "The Amotivational Syndrome and Cannabis Use with Emphasis on the Canadian Scene". Annals of the New York Academy of Sciences. 282: 33-36.
- Campodònico, H. 1996. «Drug trafficking, Money and Neo-liberal Economics: Perverse effects for a developing country.» in Dorn, N. et coll. (eds.). 1996. European Drug Policies and Enforcement. London: Macmillan Press.
- Canada. 1970. Rapport provisoire de la Commission d'enquête sur l'usage des drogues à des fins non médicales. (Commission Le Dain) Ottawa: Information Canada.
- Canada. 1972. Le cannabis: rapport de la Commission d'enquête sur l'usage des drogues à des fins non médicales. (Commission Le Dain) Ottawa: Information Canada.
- Canada. 1973. Rapport final de la Commission sur l'usage des drogues à des fins non médicales. (Commission Le Dain) Ottawa: Information Canada.
- Canada. 1987. Federal Government Launches Co-ordinated Action on Drug Abuse. News Release.
- Canada. 1987. National Drug Strategy: Prevention, Treatment, Research, Control Components. Ottawa: Department of Health and Welfare.

RAPPORT DU COMITÉ SPÉCIAL DU SÉNAT SUR LES DROGUES ILLICITES : LE CANNIBIS

- Canada. 1987. National Drug Strategy: International Components. Ottawa: Department of Health and Welfare.
- Canada. 1987. National Drug Strategy: Enforcement Components. Ottawa: Department of Health and Welfare.
- Canada. 1987. National Drug Strategy: Proceeds of Crime Components. Ottawa: Department of Health and Welfare.
- Canada. 1988. Action on Drug Abuse: Making a Difference.
 Ottawa: Department of Supply and Services.
- Canada. 1991. Canada's Drug Strategy.
- Canada. 1992. Canada's Drug Strategy Phase II.
- Canada. 1994. Canada's Drug Strategy Phase II: A situation paper. Ottawa: Santé Canada.
- Canadian Medical Protective Association. 2001. What To Do When Your Patients Apply For A Licence To Possess Marijuana For Medical Purposes. October 2001.
- Canadian Medical Protective Association. 2001. Letter to the Honourable Allan Rock, Q.C., Novembre 2001.
- Caplan, G.A. et B.A. Brigham. 1990. «Marijuana smoking and carcinoma of the tongue: Is there an association?». *Cancer.* 66: 1005-1006.
- Carrier, N. 2000. Discours de patrouilleurs montréalais sur la détection de l'infraction de possession de drogues prohibées. Montréal : École de criminologie Université de Montréal
- Centre canadien de lutte contre l'alcoolisme et les toxicomanies. 1996. La politique antidrogue au Canada. Mémoire au Comité permanent de la Santé de la Chambre des communes. Ottawa: CCLAT.
- Centre canadien de lutte contre l'alcoolisme et les toxicomanies. 1999. Profil canadien : L'alcool le tabac et les autres drogues. Ottawa : CCLAT.
- Centre d'aide et d'accueil en toxicomanie (CAAT), La mise en application de la loi.

 (Disponible en ligne à l'adresse : http://caat.multimania.com/info/app-loi.htm.
- Cesoni, L.L. .1999. «Usage et actes préparatoires de l'usage des drogues illicites: les choix en matière d'incrimination. Analyse comparative de l'usage de drogues illicites de sept législations européennes. dans Conseil fédéral suisse. 2001. Message concernant la révision de la loi sur les stupéfiants.
- Changeux, J.P. et P. Ricoeur. 1998. Ce qui nous fait penser. La nature et la règle. Paris : Odile Jacob.
- Channabasavanna, M, et coll. 1999. «Mental and behavioural disorders due to cannabis use ». dans Kalant H. et coll. (eds.). 1999. *The Health Effects of Cannabis*, Toronto: CAMH.
- Charras, I. 1998. «L'État et les stupéfiants : archéologie d'une politique publique répressive. » dans Drogue. Du bon usage des politiques publiques. Les cahiers de la sécurité intérieure. 32.

RAPPORT DU COMITÉ SPÉCIAL DU SÉNAT SUR LES DROGUES ILLICITES: LE CANNIBIS

- Chatterjee, S.K. 1988. A Guide to the International Drugs Conventions. Londres: Secrétariat du Commonwealth.
- Chevalier, S. et O. Lemoine. 2000. «Consommation de drogues et autres substances psychoactives » dans Enquête sociale et de santé 1998. Québec : Institut de la statistique du Québec
- Cienski, Jan et C. Hanlon. 2002. "U.S. fears drug spillover from Canada: Border seizures up dramatically in wake of Sept. 11." *National Post*. 17 mai : A 12.
- Clark, P.A.. 2000. «The Ethics of Medical Marijuana: government restrictions vs. medical necessity.». Journal of Public Health Policy. 21: 40-60.
- Cohen, P.D.A. et H.L. Kaal. 2001. The Irrelevance of Drug Policy: Patterns and careers of experienced cannabis use in the population of Amsterdam, San Francisco and Bremen. Amsterdam: University of Amsterdam (CEDRO).
- Collin, C. 2001. Politique nationale en matière de drogues: France. Ottawa: Bibliothèque du Parlement Direction de la recherche parlementaire. (Disponible en ligne à l'adresse: www.parl.gc.ca/drogues-illicites.asp)
- Collin, C. 2002. Politique nationale en matière de drogues : la Suisse. Ottawa : Bibliothèque du Parlement Direction de la recherche parlementaire. (Disponible en ligne à l'adresse : www.parl.gc.ca/drogues-illicites.asp)
- Comité consultatif national d'éthique. 1994. Rapports sur les toxicomanies. rapport nº 43. 23 novembre 1994 : 19. (Disponible en ligne à l'adresse : http://www.ccne-ethique.org/français/start.htm)
- Comité permanent de lutte à la toxicomanie. 1999. Avis sur la déjudiciarisation de la possession simple de cannabis. Montréal : CPLT.
- Comité permanent de lutte à la toxicomanie. 2000. Consultation 2000. La toxicomanie au Québec : Cap sur une stratégie nationale. Québec : CPLT.
- Comité permanent de lutte à la toxicomanie. 2001. Drogues. Savoir plus. Risquer Moins. (Édition québécoise). Montréal : Stanké.
- Comité sénatorial permanent des affaires juridiques et constitutionnelles. 1996. Onzième rapport : Projet de loi C-8, la Loi réglementant certaines drogues et autres substances. Ottawa : Sénat du Canada.
- Commission fédérale pour les questions liées aux drogues. 1999. Rapport sur le cannabis. Berne : Office fédéral de la santé publique.
- Compton, P.R. 1986. Field Evaluation of the Los Angeles Police Department Drugs Detection Procedure. Cité dans Sandler, D. 2000. «Expert and Opinion Testimony of Law Enforcement Officers Regarding Identification of Drug Impaired Drivers.». University of Hawaii Law Review 23(1): 150-181.
- Conseil fédéral suisse. 2001. Message concernant la révision de la loi sur les stupéfiants.
- Convention unique sur les stupéfiants de 1961 (RTC 1964/30), modifiée par le Protocole portant amendement de la Convention unique sur les stupéfiants de 1961 (RTC 1976/48).

- Convention sur les substances psychotropes de 1971, (RTC 1988/35).
- Convention contre le trafic illicite des stupéfiants et des substances psychotropes de 1988, (RTC 1990/42).
- Currie, D.P. 2000. The Constitution of the United States: A Primer for the People. Chicago: University of Chicago Press.
- Curtis, C.K. 1999. The Efficacy of the Drug Abuse Resistance Education Program (DARE) in West Vancouver Schools. Part 1 Attitudes toward DARE: An examination of opinions, preferences, and perceptions of students, teachers, and parents. GRC West Vancouver.
- De Koninck, Thomas. 2002. Le rôle des savoirs et de la culture dans la politique publique sur les drogues illicites.

 Québec: Université Laval professeur de philosophie. (Disponible en ligne à l'adresse: www.parl.gc.ca/drogues-illicites.asp)
- De Kort, M. 1994. «A Short History of Drugs in the Netherlands.» dans Leuw, E. and I. Haen Marshall (eds.). 1994. Between prohibition and legalization. The Dutch experiment in drug policy. Amsterdam: Kugler.
- Déclaration de la Conférence sur l'abus et le trafic illicite de drogues et Schéma multidisciplinaire complet pour les activités futures de lutte contre les drogues, document de l'ONU ST/NAR/14, 1988.
- Department of Justice United States of America. 1990. Correctional Population in the United States Prisoners in 1989. Washington (D.C.): Bureau of Justice Statistics Bulletin.
- Department of Justice of United States of America. 1991. Correctional Population in the United States Prisoners in 1990. Washington (D.C.): Bureau of Justice Statistics Bulletin.
- Department of Justice United States of America. 1992. Correctional Population in the United States Prisoners in 1991. Washington (D.C.): Bureau of Justice Statistics Bulletin.
- Department of Justice United States of America. 1992. Jail Inmates 1990. Washington (D.C.): Bureau of Justice Statistics Bulletin.
- Department of Justice United States of America. 1993. Correctional Population in the United States Prisoners in 1992. Washington (D.C.): Bureau of Justice Statistics Bulletin.
- Department of Justice United States of America. 1994. Correctional Population in the United States Prisoners in 1993. Washington (D.C.): Bureau of Justice Statistics Bulletin.
- Department of Justice United States of America. 1995. Jail and Jail Inmates 1993-1994. Washington (D.C.): Bureau of Justice Statistics Bulletin.
- Department of Justice United States America. 1995. Correctional Population in the United States Prisoners in 1994. Washington (D.C.): Bureau of Justice Statistics Bulletin.
- Department of Justice United States of America. 1996. Correctional Population in the United States Prisoners in 1995. Washington (D.C.): Bureau of Justice Statistics Bulletin.

RAPPORT DU COMITÉ SPÉCIAL DU SÉNAT SUR LES DROGUES ILLICITES: LE CANNIBIS

- Department of Justice United States of America. 1998. *Prisoners in 1997*. Washington (D.C.): Bureau of Justice Statistics Bulletin.
- Department of Justice United States of America. 1999. *Prisoners in 1998*. Washington (D.C.): Bureau of Justice Statistics Bulletin.
- Department of Justice United States of America. 2000. *Prisoners in 1999*. Washington (D.C.): Bureau of Justice Statistics Bulletin.
- Department of Justice United States of America. 2000. Correctional Population in the United States Prisoners in 1997. Washington (D.C.): Bureau of Justice Statistics Bulletin.
- Department of Justice United States of America Drug Enforcement Administration. 2001. « Notice: Denial of Petition ». 18 avril 2001. dans 66(75) du registre fédéral : 20037-20076.
- Devane, W.A. et coll. 1992. «Isolation and structure of a brain constituent that binds to the cannabinoid receptor ». Science. 258 (5090): 1946-1949.
- Direction de la Santé publique. 1997. Les inégalités sociales de la santé. Rapport annuel 1998 sur la santé de la population. Montréal : Régie régionale de la santé et des services sociaux de Montréal-Centre.
- Dolin, B. 2001. *Politique nationale en matière de drogues : les Pays-Bas.* Ottawa : Bibliothèque du Parlement Direction de la recherche parlementaire. (Disponible en ligne à l'adresse : www.parl.gc.ca/drogues-illicites.asp)
- Dolin, B. 2002. *Politique nationale sur les drogues : les États-Unis*. Ottawa : Bibliothèque du Parlement Direction de la recherche parlementaire. (Disponible en ligne à l'adresse : www.parl.gc.ca/drogues-illicites.asp)
- Donald, P.J. 1991. «Marijuana and upper aerodigestive tract malignancy in young patients». dans Nahas, G. et C. Latour (eds.). 1991. *Physiopathology of Illicit Drugs: Cannabis, Cocaine, Opiates*. Oxford: 39-54.
- Donald, P.J. 1991. « Advanced malignancy in the young marijuana smoker ». dans Friedman, H. et coll., (eds.). 1991. Drugs of Abuse, Immunity and Immunodeficiency. London. 33-36.
- Dorn, N. et A. Jamieson. 2001. European Drug Laws: The Room for Manoeuvre. London: DrugScope.
- Doyle, C. 2000. Drug Offences: Maximum Fines and Terms of Imprisonment for Violation of the Federal Controlled Substances Act and Related Laws. Washington (D.C.): Library of Congress – Congressional Research Service.
- DrugScope. 2001. United Kingdom. Drug Situation 2000. Report to the EMCDDA. London: Drugscope.
- Dubois, François. 2002. Le Parlement fédéral et l'évolution de la législation canadienne sur les drogues illicites.

 Ottawa: Comité spécial du Sénat sur les drogues illicites. (Disponible en ligne à l'adresse: www.parl.gc.ca/drogues-illicites.asp)
- Duke, Stephen B. 1995. «Commentary: Drug Prohibition: An Unnatural Disaster ». 27 Conn. L. Rev. 571.

RAPPORT DU COMITÉ SPÉCIAL DU SÉNAT SUR LES DROGUES ILLICITES : LE CANNIBIS

- DuPont, R.L. 1999. «Examining the Debate on the Use of Medical Marijuana.» Proceedings of the Association of American Physicians. 111(2): 169.
- Dupras, Daniel. 1998. Les obligations internationales du Canada en vertu des principales conventions internationales sur le contrôle des drogues. Ottawa: Bibliothèque du Parlement Direction de la recherche parlementaire. (Disponible en ligne à l'adresse: www.parl.gc.ca/drogues-illicites.asp)
- Editorial. 1997. «Decriminalizing Drugs». Ottawa Citizen. 12, 14, 15, et 16 avril 1997.
- Ehrenberg, A. 1995 L'individu incertain. Paris : Calman Lévy.
- Ehrlich, S. 2000. «The Increasing Federalization of Crime». 32 Ariz. St.L.J. 825.
- ElSohly, M.A., et coll. 2000 «Potency trends of delta9-THC and other cannabinoids in confiscated marijuana from 1980-1997». *Journal of Forensic Sciences*. 45(1): 24-30.
- EMCDDA. 2001. Decriminalisation in Europe? Recent Developments in Legal Approaches to Drug Use. Lisbonne: EMCCDDA.
- Erickson, P. et B. Fisher. 1995. Canadian Cannabis Policy: The Impact of Criminalization, the Current Reality and Future Police Options. Bremen. Germany. Document présenté a l'International Symposium on Cannabis Policy, Criminal Law and Human Rights. (Du 5 au 7 octobre 1995).
- European NGO Council on Drugs and Development. 2001. A Snapshot of European Drug Policies: Report on the state of drug policies in 12 European countries, octobre 2001.
- Fant, R.V. et coll. 1998. « Acute and residual effects of marijuana in humans. » *Pharmacology, Biochemistry and Behavior.* 60: 777-784.
- Fergusson, D.M. et L.J. Horwood. 2000. «Cannabis use and dependance in a New Zealand birth cohort. ». New Zealand Medical Journal. 113: 156-158.
- Fischer, B. et coll. 1998. «Cannabis use in Canada: policy options for control». *Options politiques*. 19: 34-38.
- Fligiel, S.E.G. et coll. 1988. « Pulmonary pathology in marijuana smokers ». dans Chesher G. et coll. (eds.). 1988. Marijuana: An International Research Report. (National Campaign Against Drug Abuse Monograph 7: 43-48). Canberra: Australian Government Publishing Service.
- Fligiel, S.E.G. et coll. 1997. « Tracheo-bronchial histopathology in habitual smokers of cocaine, marijuana or tobacco ». *Chest.* 112: 319-326.
- Focus on the Family. 2002. Mémoire soumis au Comité spécial du Sénat sur les drogues illicites. Richmond (Colombie-Britannique).
- Fontana, James A. 1997. The Law of Search and Seizure in Canada. Toronto: Butterworths (Fourth Edition).
- Fried, P.A. 1995. «Prenatal exposure to marijuana and tobacco during infancy, early and middle childhood: Effects and attempts at a synthesis. ». Archives of Toxicology. 17.

- Fried, P.A. et B. Watkinson. 1999. «36- and 48-month neurobehavioral follow-up of children prenatally exposed to marijuana, cigarettes and alcohol». *Journal of Deviant Behavior and Pediatrics*. 11: 49-58.
- Friman, H. Richard. 1996. NarcoDiplomacy: Exporting the U.S. War on Drugs, Ithaca (N.Y.): Cornell University Press.
- Gaoni, Y et R. Mechoulam. 1964. « Isolation, structure and partial synthesis of an active constituent of hashish.». *Journal of the American Chemistry Society.* 86: 1646-1647.
- Gardner, D. 2000. «Why the war on drug has failed: Uncle Sam's war ». Ottawa Citizen. 5 septembre.
- Gendarmerie royale du Canada. 1999. Rapport annuel. Ottawa: Canada.
- Gendarmerie Royale du Canada. 2000. Situation au Canada Drogues illicites (1999). Ottawa: Direction des renseignements criminels GRC.
- Gendarmerie Royale du Canada. 2002. Situation au Canada Drogues illicites (2001). Ottawa: Direction des renseignements criminels GRC.
- Giffen, P.J., Endicott, S. and S. Lambert. 1991. Panic and Indifference: The Politics of Canada's Drug Laws, Ottawa: Centre canadien de lutte contre l'alcoolisme et les toxicomanies.
- Gilmore, W. 1990. Combating International Drugs Trafficking: The 1988 United Nations Convention Against Illicit Traffic in Narcotic Drugs and Psychotropic Substances, Londres: Secrétariat du Commonwealth
- Goetz, David. 2001. La prohibition des drogues et la Constitution. Ottawa: Bibliothèque du Parlement Direction de la recherche parlementaire. (Disponible en ligne à l'adresse: www.parl.gc.ca/drogues-illicites.asp)
- Goodrich, Leland M. 1960. « New Trends in Narcotics Control ». International Conciliation. 530.
- Grapendaal, M., Leuw, E., et H. Nelen. 1995. A World of Opportunities: Life-Style and Economic Behaviour of Heroin Addicts in Amsterdam. New York: S.U.N.Y. Press. Cité dans Boekhout van Solinge, T. 1999.
 «Dutch Drug Policy in a European Context». Journal of Drug Issues. 29(3): 511. (Disponible en ligne à l'adresse: www.cedro-uva.org/lib/boekhout.dutch.html)
- Greater Toronto Area Combined Forces Special Unit. 2002. Fact Sheet Heroin. (Disponible en ligne à l'adresse: www.cfseu.org/heroin.html)
- Greene, J. et V. Schiraldi. 2002. Cutting Correctly: New Prison Policies for Times of Fiscal Crisis. Washington (D.C.): The Justice Policy Institute. (Disponible en ligne à l'adresse: www.cjcj.org)
- Grinspoon, L. et J.B. Bakalar. 1997. Marijuana: The Forbidden Medicine. New Haven et Londres: Yale University Press.
- Gurley, R.J., Aronow, R. et M. Katz. 1998. «Medicinal marijuana: A comprehensive review.». *Journal of Psychoactive Drugs.* 30(2): 139.
- Hall, W. 1987. «A simplified logic of causal inference». Australian and New Zealand Journal of Psychiatry. 21:507-513.

- Hall, W. et N Solowij. 1998. «Adverse effects of cannabis ». The Lancet. 352(9140): 6
- Hamel, D. et coll. 2001. Perceptions de la population québécoise en lien avec les programmes de prévention de la toxicomanie et du VIH. Québec: Institut national de santé publique du Québec.
- Hanak, C. et coll. 2002. « Cannabis, mental health and dependence. » dans Pelc, I. (ed.). 2002. International Scientific Conference on Cannabis. Brussels.
- Haney, M. et coll. 1999. «Abstinence symptoms following smoked marijuana in humans» Psychopharmacology. 141: 395-404.

Hansard, Chambre des communes, 10 juillet 1908.

Hansard, Chambre des communes, 26 janvier 1911.

Hansard, Chambre des communes, 23 avril 1923.

Hansard, Chambre des communes, 1932.

Hansard, Chambre des communes, 24 février 1938.

Hansard, Sénat, 24 février 1955.

Hansard, Sénat, 23 juin 1955.

Hansard, Chambre des communes, 30 mai 1961.

Hansard, Chambre des communes, 7 juin 1961.

Hansard, Chambre des communes, 27 mars 1969.

- Hansteen, R.W, et coll. 1976. « Effects of cannabis and alcohol on automobile driving and psychomotor tracking ». *Annals of the New York Academy of Science*. 282: 240-256.
- Hartel, C.R. 1999. «Therapeutic Uses of Cannabis and Cannabinoids.» dans Kalant, H. (ed.). 1999. *The Health Effects of Cannabis*. Toronto: Addiction Research Foundation.
- Hathaway, A. D. 1997. «Marijuana and lifestyle: Exploring tolerable deviance.» Deviant Behavior: An Interdisciplinary Journal. 18: 213-232.
- Hathaway, A. D. 1997. «Marijuana and tolerance: Revisiting Becker's sources of control.» Deviant Behavior: An Interdisciplinary Journal. 18: 103-124.
- Hathaway, A.D. 2001. Cannabis effects and dependency concerns in long-term frequent users: A missing piece of the public health puzzle. (Mémoire soumis au Comité spécial du Sénat sur les drogues illicites. (Disponible en ligne à l'adresse: www.parl.gc.ca/drogues-illicites.asp)
- Hawkins, D.J., Arthur, M.W. & R.F. Catalano. 1995. "Preventing Substance Abuse." dans Tonry, M. et D.P. Farrington (eds.). 1995. Building a Safer Society: Strategic Approaches to Crime Prevention. Chicago: University of Chicago Press.

- Health Canada. 1996. Evaluation of Health Canada's Contributions to Canada's Drug Strategy: Final Report. Ottawa: Canada.
- Health Canada. 1997. Evaluation of Canada's Drug Strategy: Final Report. Ottawa: Canada.
- Health Canada. 1999. Research Plan for Marijuana for Medicinal Purposes: A Status Report. Ottawa: Canada.
- Health Canada. 2000. Minister Rock announces intention to develop new approach for the use of marihuana for medical purposes. Ottawa. News Release. 14 septembre 2000.
- Health Canada. 2001. Marijuana Medical Access Regulations Regulatory Impact Analysis Statement. Ottawa: Canada.
- Health Canada. 2001. Marijuana Medical Access Regulations Amendments Resulting from Public Consultations. Ottawa: Canada.
- Health Canada. 2001. Medical Access to Marijuana How the Regulations Work. Ottawa: Canada.
- Henrion, R. 1995. Rapport de la Commission de réflexion sur la drogue et la toxicomanie. (Rapport au ministère des Affaires sociales, de la Santé et de la Ville). Paris : La Documentation française.
- Home Affairs Committee. 2001. Evidence to Home Affairs Committee Inquiry into Drug Policy. Londres:

 Chambre des Communes (Royaume-Uni). (Disponible ne ligne à l'adresse:

 http://www.drugscope.org.uk/druginfo/evidence-select/evidence.htm)
- House of Lords. 1998. Ninth Report Cannabis: The Scientific and Medical Evidence. London: Select Committee on Science and Technology.
- House of Lords. 2001. Second Report Therapeutic Uses of Cannabis. London: Select Committee on Science and Technology.
- Huestis, M.A. et coll. 1992. «Characterization of the absorption phase of marijuana smoking.» Clinical Pharmacology and Therapeutics. 52: 31-41.
- Inciardi, James A. 1986. The War on Drugs: Heroin, Cocaine, Crime, and Public Policy. Palo Alto (Californie): Mayfield Publishing Company.
- Inglis, B. (1975) The Forbidden Game: A Social History of Drugs. Londres: Hodder et Stoughton
- INSERM. 2001. Cannabis: Quels effets sur le comportement et la santé? Paris: Les Éditions Inserm.
- Institute of Medicine. 1982. Marihuana and Health. Washington (D.C.): National Academy of Sciences.
- Jackson, A.Y. 2002. Le coût de la consommation des drogues et la politique sur les drogues. Ottawa: Bibliothèque du Parlement Direction de la recherche parlementaire. (Disponible en ligne à l'adresse: www.parl.gc.ca/drogues-illicites.asp.)
- Jeffery, W.K. et coll. 1996. «The involvement of drugs in driving in Canada: An update to 1994. ». Can. Soc. Forens. Sci. J. 29 (2): 93-98.

- Johnston, L.D. et coll. 2001. Monitoring the future. National Survey Results of Drug Use, 1975-2000. Volume II College Students and Young Adults Ages 1940. Bethseda (Michigan): NIDA.
- Joseph Rowntree Foundation. 2000. *Drugs: dilemmas, choices and the law.* York: Joseph Rowntree Foundation. (Disponible en ligne à l'adresse: http://www.jrf.org.uk/knowledge/findings/foundations/N70.asp)
- Joy, J.E., Watson, S.J. et J.A. Benson. 1999. Marijuana and Medicine: Assessing the Science Base. Washington (D.C.): Institute of Medicine.
- Kandel, D. et M. Davies. 1992. «Progression to regular marijuana involvement: Phenomenology and risk factors for near daily use ». dans Glantz, M. and R. Pickens (eds.). 1992. Vulnerability to Drug Abuse. Washington (D.C.): American Psychological Association. pp. 211-253.
- Kandel, D. et coll. 1997. « Prevalence and demographic correlates of symptoms of last year dependence on alcohol, nicotine, marijuana and cocaine in the US population ». Drugs, Alcohol and Dependency. 44: 11-29.
- Keh, D.I. 1996. Drug Money in a Changing World. Economic Reform and Criminal Finance. Vienna: UNDCP (Technical paper 1º 4.).
- Keizer, Robert. 2001. The Netherland's Drug Policy. Mémoire soumis au Comité spécial du Sénat sur les drogues illicites.
- Kilmer, B. 2002. «Do cannabis possession laws influence cannabis use?». dans Pelc, I. (dir.). 2002. International Scientific Conference on Cannabis. Bruxelles.
- King, A.J.C. et coll. 1999. La santé des jeunes : tendances au Canada. Les comportements de santé des jeunes d'âge scolaire. Ottawa : Santé Canada.
- Kokoreff, Michel. 2001. « Politique des drogues en France, entre loi pénale et réduction des risques ». Mémoire soumis au Comité sénatorial spécial sur les drogues illicites.
- Kopp, P. et C. Palle. 1999. «Économistes cherchent politique publique efficace.» dans Faugeron, C., (ed.). 1999. Les drogues en France. Paris: Georg.
- Kopp, P. et P. Fenoglio. 2000. Le coût social des drogues licites (alcool et tabac) et illicites en France. Paris: OFDT.
- Kosten, T.R. et al. 1987. « Substance-use disorders in DSM-III-R. ». British Journal of Psychiatry. 151: 8-19.
- Kouri, E.M. et coll. 2000. «Abstinence symptoms during withdrawal from chronic marijuana use ». Experimental and Clinical Psychopharmacology. 8: 483-492.
- Krajewski, Krzysztof. 1999. «How flexible are the United Nations drug conventions? ». International Journal of Drug Policy. 10: 329-338.
- Kuševic, Vladimir. 1977. «Drug Abuse Control and International Treaties ». Journal of Drug Issues. 7(1): 35-53.

- Labrousse, A. et A. Wallon. 1993. La Planète des drogues : organisations criminelles, guerres et blanchiment. Paris : Seuil.
- Labrousse, A. 1998. «L'approvisionnement des marchés des drogues dans l'espace Schengen.» Les Cabiers de la Sécurité Intérieure. 32.
- Labrousse, A. 2000. Drogues. Un marché de dupes. Paris : Éditions alternatives.
- Labrousse, A. et L. Romero. 2001. Rapport sur la situation du cannabis dans le RIF marocain. Paris : OFDT.
- Lafrenière, G. 2001. Politique nationale en matière de drogue : le Royaume-Uni. Ottawa : Bibliothèque du Parlement Direction de la recherche parlementaire. (Disponible en ligne à l'adresse : www.parl.gc.ca/drogues-illicites.asp)
- Lafrenière, G. 2001. *Politique nationale sur les drogues : la Suède*. Ottawa : Bibliothèque du Parlement Direction de la recherche parlementaire. (Disponible en ligne à l'adresse : www.parl.gc.ca/drogues-illicites.asp)
- Lafrenière, G. 2001. Les pouvoirs de la police et les infractions liées à la drogue. Ottawa : Bibliothèque du Parlement Direction de la recherche parlementaire (Disponible en ligne à l'adresse : www.parl.gc.ca/drogues-illicites.asp)
- Landry, Michel. 2001. L'impact des traitements offerts au Québec aux personnes toxicomanes. Mémoire présenté au Comité spécial du Sénat sur les drogues illicites.
- Leduc, D., Miller-Chenier, N. et S. Norris (2001) Inventaire de la recherche fédérale sur les drogues illicites et les questions connexes. Ottawa: Bibliothèque du parlement Direction de la recherche parlementaire. (Disponible en ligne à l'adresse: www.parl.gc.ca/drogues-illicites.asp)
- Leduc, D., Miller Chenier, N. et S. Norris (2002) Inventaire de la recherche provinciale et territoriale sur les drogues illicites et les questions connexes. Ottawa: Bibliothèque du Parlement Direction de la recherche parlementaire. (Disponible en ligne à l'adresse: www.parl.gc.ca/drogues-illicites.asp)
- Léger Marketing. 2002. Étude exploratoire auprès des Canadiens sur l'usage du cannabis. Montréal : Léger Marketing. (Disponible en ligne à l'adresse : www.parl.gc.ca/drogues-illicites.asp)
- Leiter, Richard A. (dir.). 1999. National Survey of State Laws, 3rd Ed. Detroit: Gale Group. (3e édition)
- Leland M. Goodrich. 1960. «New Trends in Narcotics Control», International Conciliation, No 530
- Lettre de Mme Kathy Bedard, Prince Rupert, Colombie-Britannique, 15 mai 2002.
- Lipton, D.S. 1995. The Effectiveness of Treatment for Drug Abusers Under Criminal Justice Supervision. Washington (D.C.): National Institute of Justice.
- Lowes, P.D. 1966. The Genesis of International Narcotics Control. Genève: Droz. Luna, E.G. 1997. « Our Vietnam: The Prohibition Apocalypse », Depaul L. Rev. 46: 483.
- MacCoun, R., Reuter, P. et T. Schelling. 1996. «Assessing alternative drug control regimes. » Journal of Policy Analysis and Management. 15 (3).

- MacDonald, Roederick A. 2002. *La gestion publique des humains*. Montréal : Univerité McGill professeur de droit constitutionnel. (Disponible en ligne à l'adresse : www.parl.gc.ca/drogues-illicites.asp)
- MacFarlane, B. A., Frater, R. J. et C. Proulx. 1996. Drug Offences in Canada. Ontario: Canada Law Book.
- MacKay, R. 2001. *Politique nationale sur les drogues : l'Australie*. Ottawa: Bibliothèque du Parlement. (Disponible en ligne à l'adresse : www.parl.gc.ca/drogues-illicites.asp)
- Mackenzie King, William L. 1908. Rapport sur la nécessité de supprimer le commerce de l'opium au Canada. Ottawa: Chambre des communes (Document parlementaire 36b).
- MacPhee, D. 1999. «Effects of marijuana on cell nuclei », in Kalant, H. et coll. (eds.). 1999. *The Health Effects of Cannabis*, Toronto: Addiction Research Foundation.
- Maillet A. et C. Cloutier-Vautour. 2002. Mémoire soumis au Comité spécial du Sénat sur les drogues illicites. Moncton.
- Malherbe, J.F. 2002. Contribution de l'éthique à la définition de principes directeurs pour une politique publique sur les drogues illicites. Sherbrooke: Université de Sherbrooke professeur Chaire d'éthique appliquée. (Disponible en ligne à l'adresse: www.parl.gc.ca/drogues-illicites.asp)
- Mangham, Colin. 2001. Conséquences de la libéralisation de la politique antidrogue du Canada. Mémoire soumis au Comité spécial sur les drogues illicites. (Disponible en ligne à l'adresse : www.parl.gc.ca/drogues-illicites.asp)
- Martineau, H. et É. Gomart. 2000. Politiques et expérimentations sur les drogues aux Pays-Bas. Rapport de synthèse. Paris : OFDT.
- Matsuda, L.A. et coll. 1990. «Structure of a cannabinoid receptor and functional expression of the cloned DNA». *Nature*. 346(6284): 5561-564.
- McAllister, W.B. 1992. «Conflicts of Interest in the International Drug Control System», dans William O. Walker III, (ed.). 1992. Drug Control Policy: Essays in Historical and Comparative Perspective, University Park (Pennsylvanie): Pennsylvania State University Press.
- McAllister, W.B. 1999. Drug Diplomacy in the Twentieth Century: An international history. London: Routledge.
- McCaffrey, B.R. 1999. Remarks before the First Annual Criminal Justice and Substance Abuse Conference. Albany (New York). June 29, 1999.
- McDonald, D. et al. 1994. *Legislative Options for Cannabis Use in Australia*, Commonwealth d'Australie. (Disponible en ligne à l'adresse : http://www.druglibrary.org/schaffer/Library/studies/aus/cannabis.htm)
- McKim, W.A. 2000. « Cannabis ». dans McKim, W.A. (ed.). 2000. Drugs and Behavior. An introduction to behavioral pharmacology. Upper Saddle River: Prentice Hall.

- McNamara, J. D. 1999 «When Cops Become the Gangsters». Los Angeles Times. 21 septembre 1999. (Disponible en ligne à l'adresse : www.nakedgov.com/mcnamara.htm)
- McNamara, J.D. 2000. « Commentary: Criminalization of Drug Use ». Psychiatric Times. 17(9).
- Mechoulam, R. et Y. Gaoni. 1965. «A total synthesis of delta-9-tetrahydrocannabinol, the active constituent of hashish. ». *Journal of the American Chemistry Society*, 87: 3273-3275.
- Meier, Kenneth J. 1994. The Politics of Sin: Drugs, Alcohol and Public Policy. Armonk (New York): M.E. Sharpe.
- Mercer, W.G. et W.K. Jeffery. 1995. «Alcohol, Drugs and Impairment in Fatal Traffic Accidents in British Columbia » Accid. Anal. And Prev. 27(3): 335-343.
- Mewett, A. W. et S. Nakatsuru. 2000. An Introduction to the Criminal Process in Canada. Scarborough: Carswell (Fourth Edition).
- Miles, G.C. et coll. 1974. An Experimental Study of the Effects of Daily Cannabis Smoking on Behavioural Patterns. Toronto: Addiction Research Foundation.
- Miller, M. et G. Draper. 2001. Statistics on Drug Use in Australia 2000. Canberra: Australian Institute of Health and Welfare. (Disponible en ligne à l'adresse: http://www.aihw.gov.au/publications/phe/sdua00/index.html)
- Ministère de la Santé et des Affaires sociales. 2002. National Action Plan on Narcotic Drugs, Fiche d'information.
- Ministerial Council on Drug Strategy. 1998. National Drug Strategic Framework 1998-99 to 2002-03:

 Building Partnerships. Camberra: Document rédigé pour le compte du Ministerial Council par un comité directeur mixte de l'Intergovernmental Committee on Drugs et l'Australian National Council on Drugs.

 (Disponible en ligne à l'adresse: http://www.health.gov.au/pubhlth/nds/resources/publist.htm)
- Ministerial Council on Drug Strategy. 2001. National Action Plan on Illicit Drugs, 2001 to 2002-03.

 Canberra: Document rédigé par le National Expert Advisory Committee on Illegal Drugs.

 (Disponible en ligne à l'adresse: http://www.health.gov.au/pubhlth/nds/resources/publist.htm)
- Mission interministérielle de lutte contre la drogue et la toxicomanie (MILDT). 1999. Plan triennal de lutte contre la drogue et de prévention des dépendances (1999-2001). (Disponible en ligne à l'adresse : http://www.drogues.gouv.fr/uk/what you need/whatyouneed intro.html.)
- Mission interministérielle de lutte contre la drogue et la toxicomanie (MILDT). 1999. «Livret de connaissances, Synthèse du plan gouvernemental de lutte contre la drogue et de prévention des dépendances 1999-2000-2001 ». Drogues : savoir plus, risquer moins. MILDT (Disponible en ligne à l'adresse : http://www.drogues.gouv.fr/fr/index.html.)
- Moreau de Tours, J. 1845. Du haschich ou de l'aliénation mentale, étude psychologique. Paris : Masson.
- Moskowitz, H. 1985. «Marihuana and Driving ». Accid. Anal. Prev. 17 (4): 323-345.

- Munro, S. et coll. 1993. « Molecular characterization of a peripheral receptor for cannabinoids. ». *Nature.* 365: 61-65.
- Murphy, E. 1920. «The underground system.» Maclean's. 15 mars 1920.
- Murphy, E. 1922. The Black Candle. Toronto: Thomas Allans.
- Musto, D.F. 1999. The American Disease: Origins of Narcotic Control. Oxford: Oxford University Press (3e édition)
- National Drug Monitor. 2000. Fact Sheet: Cannabis Policy, Update 2000. Utrecht: Trimbos-Instituut.
- National Drug Research Institute and Curtin University of Technology. 2000. The Regulation of Cannabis Possession, Use and Supply. Perth (Australie-Occidentale): Document de travail produit pour le compte du Drugs and Crime Prevention Committee Parliament of Victoria.
- National Institute of Public Health. 2001. National Report: Sweden 2001. Stockholm.
- Nelson, P.L. 1993. «A critical review of the research literature concerning some biological and psychological effects of cannabis» dans Advisory Committee on Illicit Drugs (eds.) 1993. *Cannabis and the law in Queensland: A discussion paper.* Brisbane: Criminal Justice Commission of Queensland.
- Nolin, P.C. 1998. Préface. In Riley, D. 1998. La politique canadienne de contrôle des drogues. Aperçu et commentaires. Ottawa: Sénat du Canada.
- Noll, Alfons. 1977. «Drug abuse and penal provisions of the international drug control treaties». Bulletin on Narcotics. 29(4) octobre/décembre 1977: 41-57.
- Note d'information du Bureau de recherche du Parti progressiste-conservateur du Canada, 1er juin 1987.
- Observatoire européen des drogues et des toxicomanies (OEDT) France Country Profile: French Drug Legislation. European Legal Database on Drugs. (Disponible en ligne à l'adresse: http://eldd.emcdda.org/databases/eldd national reviews.cfm?country=FR.)
- Observatoire européen des drogues et des toxicomanies. Country Profiles Sweden, European Legal Database on Drugs
- Observatoire français des drogues et des toxicomanies (OFDT). 2000. Drogues et toxicomanies : Indicateurs et tendances. Édition de 1999. (Disponible en ligne à l'adresse : http://www.drogues.gouv.fr/fr/index.html)
- Observatoire français des drogues et des toxicomanies. 2002. Drogues et dépendances: Indicateurs et tendances 2002. Paris: OFDT.
- Observatoire géopolitique des drogues. 1996. Atlas mondial des drogues. Paris : PUF.
- Observatoire géopolitique des drogues. 1999. Rapport annuel 1998/1999. Paris : OGD.
- Office fédéral de la police. *Un aperçu de l'OFP*. (Disponible en ligne à l'adresse : http://www.bap.admin.ch/f/index.htm)

- Office fédéral de la police. 1996. Exploitation définitive de la banque de données en matière de drogue DOSIS. 26 juin 1996. (Disponible en ligne à l'adresse: http://www.bap.admin.ch/f/index.htm)
- Office fédéral de la police. 2001. Situation Suisse: Rapport de situation 2000 Berne: Service d'analyse et de prévention. (Disponible en ligne à l'adresse: http://www.bap.admin.ch/f/index.htm)
- Office fédéral de la santé publique. 1998. Mesures fédérales pour réduire les problèmes de la drogue. Document de base de l'Office fédéral de la santé publique Décision du Conseil fédéral du 20 février 1991. Doc. nº 3.4.1f.
- Office fédéral de la santé publique. 1998. Programme de mesures de santé publique de la Confédération en vue de réduire les problèmes de drogue. (ProMeDro). 1998-2002.
- Office fédéral de la santé publique. 2000. La politique en matière de drogue. Septembre 2000. (Disponible en ligne à l'adresse : http://www.bag.admin.ch/sucht/f/index.htm)
- Office fédéral de la santé publique. 1999. The Swiss drug policy: A fourfold approach with special consideration of the medical prescription of narcotics. Berne: SFOPH
- Office of National Drug Control Policy. 2001. National Drug Control Budget Executive Summary, Fiscal Year 2002. Washington (D.C.): The White House.
- Office of National Drug Control Policy. 2002. National Drug Control Strategy. Washington (D.C.): The White House.
- Office of National Drug Control Policy. 2002. National Drug Control Strategy: 2001 Annual Report. Washington (D.C.): The White House.
- Organisation mondiale de la santé. 1952. Comité d'experts des drogues susceptibles d'engendrer la toxicomanie, Série des rapports techniques, Nº 57. Cité dans Caballero, F. et Y. Bisiou. 2000. Droit de la drogue. Paris : Dalloz (2º édition).
- Organisation mondiale de la santé. 1964. Comité d'experts des drogues engendrant la dépendance. Série de rapports techniques, N° 273. Cité dans Caballero, F. et Y. Bisiou. 2000. Droit de la drogue. Paris : Dalloz (2e édition).
- Organisation mondiale de la santé. 1969. Comité d'experts de la pharmacodépendance, Série de rapports techniques. Nº 407. Cité in Caballero et Bisiou. 2000. Droit de la drogue. Paris : Dalloz.
- Organe international de contrôle des stupéfiants. 1988. Rapport de l'Organe international des stupéfiants pour 1987. Vienne: Organisation des Nations Unies.
- Organe international de contrôle des stupéfiants. 2002. Rapport de l'Organe international de contrôle des stupéfiants pour 2001. Vienne: Nations Unies.
- Patten, D., et coll. 2000. Substance Use among High School Students in Manitoba. Winnipeg: Addictions Foundation of Manitoba.
- Patton, D. et coll. 2001. Substance use among Manitoba high school students. Winnipeg: Addictions Foundation of Manitoba. (Disponible en ligne à l'adresse: www.afm.mb.ca)

- Pays-Bas. 1985. Groupe de travail interministériel sur les drogues et l'alcool. La Haye: Ministère de la Justice.
- Peith, M. 2001. « Compatibilité de différents modèles de dépénalisation partielle du cannabis avec les conventions internationales sur les stupéfiants. ». Avis juridique soumis à la demande de l'Office fédéral de la santé publique de la Confédération helvétique.
- Pelletier, M. 1978. Rapport de la mission d'étude sur l'ensemble des problèmes de la drogue. Paris : La Documentation française.
- Pernanen, K. et coll. 2002. Proportions of crimes associated with alchool and other drugs in Canada. Ottawa: Centre canadien de lutte contre l'alcoolisme et les toxicomanies.
- Pires A.P. 2002. La politique législative et les crimes à « double face » : Éléments pour une théorie pluridimensionnelle de la loi criminelle. Ottawa : Université d'Ottawa professeur de criminologie. (Disponible en ligne à l'adresse : www.parl.gc.ca/drogues-illicites.asp)
- Plecas, D., Dandurand, Y., Chin, V. et T. Segger. 2002. Marihuana Growing Operations in British Columbia An Empirical Survey (1997-2000). Département de criminologie et de justice criminelle – University College of the Fraser Valley and International Centre for Criminal Law Reform and Criminal Justice Policy.
- Polen, M.R. 1993. «Health care use by frequent marijuana smokers who do not smoke tobacco.». Western Journal of Medicine. 158: 596-601.
- Police Foundation. 2000. Drugs and the Law: Report of the Independent Inquiry into the Misuse of Drugs Act 1971. London: The Police Foundation.
- Popper, K. 1978. Logique de la découverte scientifique. Paris : Payot.
- Popper, K. 1985. La connaissance objective. Bruxelles: Complexe.
- Poulton, R., et coll. 2001. «Persistence and perceived consequences of cannabis use and dependence among young adults: Implications for policy ». New Zealand Medical Journal. 114: 13-16.
- Ramaekers, J.G. et coll. 2002. « Performance impairment and risk of motor vehicle crashes after cannabis use » dans Pelc, I. (ed.). 2002. International Scientific Conference on Cannabis, Bruxelles.
- Real Women of Canada. 2002. Mémoire soumis au Comité spécial du Sénat sur les drogues illicites. (Windsor, Ontario)
- Rehm, J. 2001. The Costs of public policies to fight illegal drugs. Mémoire présenté au Comité spécial du Sénat sur les drogues illicites.
- Reinarman, C. et H. G. Levine (dir.). 1997. Crack in America: Demon Drugs and Social Justice. Berkeley: University of California Press.
- Reuband, K.. 1995. «Drug use and drug policy in Western Europe. » European Addiction Research. 1: 32-41.

- Reynaud, M., Parquet, P.J. et G. Lagrue (1999) Les pratiques addictives. Usage, usage nocif et dépendance aux substances psychoactives. Paris : Secrétariat d'État à la Santé et aux Affaires Sociales.
- Rickard, M. 2001. Reforming the Old and Refining the New: A Critical Overview of Australian Approaches to Cannabis. Canberra: Department of the Parliamentary Library Information and Research Services. Rapport de recherche nº 6 2001-02. (Disponible en ligne à l'adresse: http://www.aph.gov.au/library)
- Rigter, H. et M. von Laar. 2002. «The Epidemiology of cannabis use.» dans Pelc, I. (ed.). 2002. International Scientific Conference on Cannabis. Bruxelles.
- Riley, D. 1996. Harm Reduction: Concepts and Practice. A Policy Discussion Paper.
 Ottawa: Centre canadien de lutte à l'alcoolisme et les toxicomanies.
- Riley, D. 1998. La politique canadienne de contrôle des drogues: Aperçu et commentaires. Ottawa. Sénat du Canada
- Roberts, G. et A. Ogborne. 1998. Profil, Alcoolisme et toxicomanie: Traitement et réadaptation au Canada. Ottawa: Santé Canada.
- Robert, G. et A, Ogborne. 1999. Meilleures pratiques Alcoolisme et toxicomanie. Traitement et réadaptation. Ottawa: Santé Canada.
- Roberts, G. et coll. 2001. Prévention des problèmes attribuables à la consommation d'alcool et d'autres drogues chez les jeunes. Un compendium des meilleures pratiques. Ottawa: Santé Canada.
- Robson, William. 2002. «Combien de banlieues devront flamber à cause de la lutte antidrogues?» Ottawa Citizen, 17 mai 2002.
- Rodriguez de Fonseca, F. et coll. 1994. «Down regulation of rat brain cannabinol binding sites after chronic delta-9-THC treatment ». *Pharm. Biochem. Behav.* 47 : 33-40.
- Roques, B. 1999. La dangerosité des drogues. Paris : Odile Jacob.
- Rosenthal, M.S. et H.D. Kleber. 1999. «Making Sense of Medical Marijuana.» Proceedings of the Association of American Physicians. 111(2): 159.
- Royal Commission of Inquiry into the Non-Medical Use of Drugs South Australia. 1979. Rapport final. Adelaïde: South Australian Government.
- Russo, E.B. 2002. «The role of cannabis and cannabinoids in pain management. » dans Weiner, R.S. (ed.) 2002. *Pain Management. A Practical Guide for Clinicians.* Boca Raton, London, New York, Washington: CRC Press.
- Russo, E.B., et coll. 2002. «Chronic cannabis use in the compassionate investigational new drug program: An examination of benefits and adverse effects of legal clinical cannabis.» *Journal of Cannabis Therapeutics*. 2(1): 45.
- Rydell, C. P., et S. S. Everingham. 1994. Controlling Cocaine: Supply vs. Demand Programs. RAND: Santa Monica (California).

- Santé et bien-être social Canada. 1990. Les drogues: Faits et méfaits. Ottawa: Ministère des Approvisionnements et Services.
- Schiraldi, V., Holman, B. et P. Beatty. 2000. Poor Prescription: The Costs of Imprisoning Drug Offenders in the United States. Washington, D.C.: Justice Policy Institute. (Disponible en ligne à l'adresse: www.cjcj.org)
- Scholten, W.K. 2002. «Medicinal cannabis: A quick scan on the therapeutic use of cannabis». dans Pelc, I., (ed.) 2002. *International Scientific Conference on Cannabis*. Bruxelles.
- Service correctionnel du Canada. 2001. « Profil de la population de délinquants condamnés pour une infraction liée à la drogue dans le système correctionnel fédéral canadien ». Forum Recherche sur l'actualité correctionnelle. 13 (3): 25-29
- Setbon, M. 2000. L'injonction thérapeutique : Évaluation du dispositif légal de prise en charge sanitaire des usagers de drogues interpellés. Paris : Observatoire français des drogues et des toxicomanies
- Sherman, L.W. et coll. 1997. Preventing Crime: What Works, What Doesn't, What's Promising. (A Report to the United States Congress). Washington (D.C.): US Department of Justice.
- Simmat-Durand, L. 1999. «Les obligations de soins en France. » dans Faugeron, C., (ed.). 1999. Les drogues en France. Politiques, marchés, usages. Paris : Georg.
- Simmat-Durand, L. 2000. La lutte contre la toxicomanie. De la législation à la réglementation. Paris : L'Harmattan.
- Single, E., et coll. 1996. The Costs of Substance Abuse in Canada. Ottawa: Centre canadien de lutte à l'alcoolisme et les toxicomanies.
- Single, E. et T. Rohl. 1997. *The National Drug Strategy: Mapping the Future.* Canberra: Rapport commandé par le *Ministerial Council on Drug Strategy.* (Disponible en ligne à l'adresse: http://www.health.gov.au/pubhlth/publicat/document/mapping.pdf)
- Single, E., Christie P. et R. Ali. 2000. «La dépénalisaton de l'usage de cannabis en Australie et aux États-Unis: Ses effets ». *Journal of Public Health Policy*. 21(2): 157-186. (Disponible en ligne à l'adresse: http://www.parl.gc.ca/37/1/parlbus/commbus/senate/Com-f/ille-f/presentation-f/single-f.htm)
- Sinha, J. 2001. L'historique et l'évolution des principales conventions internationales de contrôle des stupéfiants.

 Ottawa: Bibliothèque du Parlement Direction de la recherche parlementaire. (Disponible en ligne à l'adresse: www.parl.gc.ca/drogues-illicites.asp)
- Smiley, A. 1999. «Marijuana: On-Road and Driving Smulator Studies» in Kalant, H. et coll., (ed). 1999. The Health Effects of Cannabis. Toronto: Addiction Research Foundation.
- Smith, D.E. 1998. «Review of the American Medical Association Council on Scientific Affairs Report on Medical Marijuana.» *Journal of Psychoactive Drugs.* 30: 127-136.
- Spicer, L. 2002. Utilisations historiques et culturelles du cannabis et le «débat sur la marijuana » au Canada. Ottawa: Bibliothèque du Parlement – Direction de la recherche parlementaire. (Disponible en ligne à l'adresse: www.parl.gc.ca/drogues-illicites.asp)

- Staatscourant. 1996. in Korf D.J. et H. Riper.1999. «Windmills in their Minds? Drug Policy and Drug Research in the Netherlands». *Journal of Drug Issues* 29(3): 451.
- Statistique Canada. 1997. "Drogues illicites et criminalité au Canada". *Juristat.* Centre canadien de la statistique juridique. Catalogue N° 85-002-XIE.
- Statistique Canada. 1999. "Dépenses de la justice au Canada", *Juristat*. Centre canadien de la statistique juridique. Catalogue Nº 85-002-XIE.
- Statistique Canada. 1999. "Drogues illicites et criminalité au Canada" *Juristat*. Centre canadien de la statistique juridique. Catalogue N° 85-002-XIE.
- Statistique Canada. 2002. "Statistiques de la criminalité au Canada 2001" *Juristat*. Centre canadien de la statistique juridique. Catalogue N° 85-002-XIE.
- Stewart, David P. 1990. «Internationalizing The War on Drugs: The UN Convention Against Illicit Traffic in Narcotic Drugs and Psychotropic Substances». Denver Journal of International Law and Policy. 18(3): 387-404.
- Stuart, D. 1999. "The Unfortunate Dilution of Section 8 Protection," Queens Law Journal. 25 (1).
- Substance Abuse and Mental Health Services Administration. 2001. Summary of findings from the 2000 national household survey on drug abuse. Washington (D.C.): Department of Health and Social Services.
- Swift, W. et coll. 2001. «Cannabis use and dependence among Australian adults: Results from the National Survey of Mental Health and Wellbeeing ». *Addiction*. 96: 737-748.
- Sweden. 2000. Summary of the report The Crossroads from the Swedish Commission of Narcotic Drugs. Stockholm: The Swedish Commission on Narcotic Drugs.
- Tashkin, D.P. et coll. 1997. «Heavy habitual marijuana smoking does not cause an accelerated decline in FEV1 with age: A longitudinal study». *American Journal of Respiratory Critical Care.* 155: 141-148.
- Taylor, A.C. 1969. American Diplomacy and the Narcotics Traffic, 1900-1939: A Study in International Humanitarian Reform. Durham (N.C.): Duke University Press
- Taylor, Charles. 1998. Les sources du moi : la formation de l'identité moderne. Montréal : Boréal.
- Taylor, F.M. 1988. «Marijuana as a potential respiratory tract carcinogen: A retrospective analysis of a community hospital population.». Southern Medical Journal. 81: 1213-1216.
- The Economist .2001. « Stumbling in the Dark ». 2001. The Economist, July 28 August 3.
- The Economist. 2001. «The Untouchables », The Economist, 21 avril 2001. 359 (8218): 49
- Trautmann, C. 1990. Lutte contre la toxicomanie et le trafic de stupéfiants. Rapport au premier ministre. Paris : La Documentation française.

- Tribunal fédéral. *L'organisation judiciaire en Suisse*. (Disponible en ligne à l'adresse : http://www.bger.ch/index.cfm?language=french&area=Federal&theme=system&page=content&maskid=195)
- Trimbos-Instituut. 2000. *The Netherlands Drug Situation 2000*. Report to the EMCDDA. Utrecht: Trimbost Institut. (Disponible en ligne à l'adresse: www.emcdda.org)
- United Nations .1976. Commentary on the United Nations Convention Against Illicit Traffic in Narcotic Drugs and Psychotropic Substances. Done at Vienna on 20 December 1988. New York: United Nations.
- United Nations Office for Drug Control and Crime Prevention. 1998. Country Drug Profile: Sweden. 1998. Vienne: UNDCP.
- United Nations Office for Drug Control and Crime Prevention. 2000. Demand Reduction: A Glossary of Terms. Vienne: UNDCP.
- United Nations Office for Drug Control and Crime Prevention. 2001. World Drug Report 2001. Oxford: Oxford University Press.
- United States. 1972. International Narcotics Control: A Source Book of Conventions, Protocols, and Multilateral Agreements, 1909-1971. Washington (D.C.): Bureau of Narcotics & Dangerous Drugs.
- Valois, Donat. 1972. «La marijuana et le haschisch ne seront pas légalisés ». Le Droit. Ottawa. 1er août 1972.
- Van Laar, M., et coll. 2001. Nationale Drug Monitor. Jaarbericht 2001. Utrecht: NDM Bureau.
- Van Ree, Erik. 1999. «Drugs as a Human Right ». International Journal of Drug Policy. 10: 89-98
- Vitaro, F., Gosselin C. et A. Girard. 2002. Évolution de la consommation d'alcool et de drogues chez les jeunes au Québec de 1987 à 1998 : constatations, comparaisons et pistes d'explication. Montréal : Comité permanent de lutte à la toxicomanie.
- Wacquant, L. 2000. Les prisons de la misère. Paris : Éditions Raisons d'agir.
- Walker III, William O. 1989. Drug Control in the Americas. Albuquerque (Nouveau-Mexique): University of New Mexico Press. (édition révisée)
- Walker III, William O. 1991. Opium and Foreign Policy: The Anglo-American Search for Order in Asia, 1912-1954. Chapel Hill (C. du N.): University of North Carolina Press. p. 16-17, Lowes (1966): 152-153.
- Wasmeier, M., et coll. 2000. Path analysis survey of substance use among Newfoundland and Labrador Adolescents.

 Marijuana / Haschich and Solvent use. St John's: Memorial University of Newfoundland.
- Wayne, H. et S. Wendy. 2000. «The THC content of cannabis in Australia: Evidence and implications.". Australian and New Zealand Journal of Public Health. 24: 503-508.
- Westlake, T.M. et coll. 1996. «Chronic exposure to delta-9-THC fails to irreversibly alter brain cannabinoid receptors. ». *Brain Research*. 544: 145-149.

- Wheelock, Barbara B. 2002. Les impacts physiologiques et psychologiques du cannabis : une synthèse de la littérature. Ottawa: Comité spécial du Sénat sur les drogues illicites.
- Wiesbeck, G.A., et coll. 1996. «An evaluation of the history of a marijuana withdrawal syndrome in a large population. » *Addiction*, 91(10): 1573-1579.
- Wisotsky, S. 1990. Beyond the War on Drugs: Overcoming a Failed Public Policy. Buffalo: Prometheus Books.
- Woody G.E. et coll. 1993. «Severity of dependence: Data from the DSM-IV field trials » *Addiction.* 88: 1573-1579.
- World Health Organization. 1997. Cannabis: A Health Perspective and Research Agenda. Geneva: WHO. (Disponible en ligne à l'adresse: www.who.org)
- Zimmer L., et J.P. Morgan. 2000. Marijuana. Mythes et réalités. Paris : Georg. (2000 pour la version française ; 1997 pour l'original américain)

II - TÉMOIGNAGES CITÉS DANS LE RAPPORT

Mohamed ben Amar, professeur de pharmacologie et de toxicologie – Université de Montréal, Première session de la Trente-septième législature, 11 juin 2001, Fascicule N° 4.

Line Beauchesne, professeure de criminologie – Université d'Ottawa, Deuxième session de la Trentesixième législature, 16 octobre 2000, Fascicule $N^{\rm o}$ 1.

Patricia Bégin, directrice, Recherche et évaluation – Centre national de prévention du crime, Première session de la Trente-septième législature, 10 juin 2002, Fascicule N° 22.

Marie-Andrée Bertrand, professeure émérite de criminologie — Université de Montréal, Première session de la Trente-septième législature, 23 avril 2001, Fascicule Nº 1.

Hilary Black, directrice du Club Compassion de Vancouver, Première session de la Trente-septième législature, 7 novembre 2001, Fascicule Nº 10.

Tim Boekhout van Solinge, recherchiste en criminologie – Univeristé d'Utrecht, Première session de la Trente-septième législature, 19 novembre 2001, Fascicule N° . 11.

Micheal J. Boyd, président du Comité sur la toxicomanie et directeur adjoint de l'Association canadienne des Chefs de police, Première session de la Trente-septième législature, 11 mars 2002, Fascicule Nº 14.

Neil Boyd, professeur de criminologie – Université Simon Fraser, Deuxième session de la Trentesixième législature, 16 octobre 2000, Fascicule No 1.

Serge Brochu, professeur – Université de Montréal et directeur du Centre international de criminologie comparée, Première session de la Trente-sixième législature, 10 décembre 2001, Fascicule Nº 12.

Bill Campbell, président – Société médicale canadienne sur l'addiction, Première session de la Trenteseptième législature, 11 mars 2002, Fascicule N° 14.

Mark Connolly, directeur général – Direction de la contrebande et des services de renseignements – Direction générale des douanes, Agence des douanes et du revenu du Canada, Première session de la Trente-septième législature, 29 octobre 2001, Fascicule № 8.

John Conroy, avocat, Première session de la Trente-septième législature, 11 mars 2002, Fascicule № 14.

Jean-Michel Coste, directeur de l'Observatoire français des drogues et des toxicomanies, Première session de la Trente-septième législature, 1^{er} octobre 2001, Fascicule N° 7.

Patricia Erickson, recherchiste au Centre de toxicomanie et de santé mentale, Première session de la Trente-septième législature, 14 mai 2001, Fascicule N° 2.

Julian Fantino, chef du Service de police de Toronto, Première session de la Trente-septième législature, 10 septembre 2001, Fascicule $N^{\rm o}$ 5.

Benedikt Fischer, professeur au Département des sciences de la santé publique – Université de Toronto, Première session de la Trente-septième législature, 17 septembre 2001, Fascicule N° 6.

David Griffin, Association canadienne des policiers et policières, Première session de la Trenteseptième législature, 28 mai 2001, Fascicule No 3.

Henry Haddad, président de l'Association médicale canadienne, Première session de la Trente-septième législature, 11 mars 2002, Fascicule No 14.

Kash Heed, Services des drogues – Service de police de Vancouver, Première session de la Trenteseptième législature, 7 novembre 2001, Fascicule Nº 10

Gary E. Johnson, Gouverneur de l'État du Nouveau-Mexique, Première session de la Trente-septième législature, 5 novembre 2001, Fascicule N° 9.

Cal Johnston, chef du Service de police de Régina, Première session de la Trente-septième législature, 13 mai 2002, Fascicule N° 16.

Harold Kalant, professeur émérite — Université de Toronto, Première session de la Trente-septième législature, 11 juin 2001, Fascicule Nº 4.

Perry Kendall, agent de santé de la province de la Colombie-Britannique, Première session de la Trente-septième législature, 17 septembre 2001, Fascicule N° 6.

Paul Kennedy, sous-solliciteur général adjoint principal — Secteur de la police et de la sécurité — Solliciteur général du Canada, Première session de la Trente-septième législature, 10 juin 2002, Fascicule N° 22.

Barry King, chef du Service de police de Brockville, Première session de la Trente-septième législature, 11 mars 2002, Fascicule N° 14.

R.G. Lesser, surintendant principal, Gendarmerie Royale du Canada, Première session de la Trente-septième législature, 29 octobre 2001, Fascicule N° 8.

Gillian Lynch, directrice générale, Stratégie antidrogue et substances contrôlées – Direction générale de la santé environnementale et de la sécurité des consommateurs, Santé Canada, Première session de la Trente-septième législature, 10 juin 2002, Fascicule N° 22.

Mary Lynch, directrice du Consortium canadien de recherche sur les cannabinoïdes, professeure – Université Dalhousie, Première session de la Trente-septième législature, 11 juin 2001, Fascicule Nº 4.

Nicole Maestracci, présidente de la Mission interministérielle de lutte à la drogue et à la toxicomanie, Première session de la Trente-septième législature, 1^{et} octobre 2001, Fascicule N° 7.

Colin Mangham, directeur de Prevention Source B.C., Première session de la Trente-septième législature, 17 septembre 2001, Fascicule No 6.

Céline Mercier, professeure agrégée du département de psychiatrie – Université McGill, Première session de la Trente-septième législature, 10 décembre 2001, Fascicule N° 12.

Croft Michaelson, directeur et avocat général principal — Section de l'élaboration des politiques stratégiques en matière de poursuites, Justice Canada, Première session de la Trente-septième législature, 10 juin 2002, Fascicule Nº 22.

John P. Morgan, professeur à la City University of New York Medical School, Première session de la Trente-septième législature, 11 juin 2001, Fascicule No 4.

Dann Michols, sous-ministre adjoint – Direction générale de la santé environnementale et de la sécurité des consommateurs, Santé Canada, Première session de la Trente-septième législature, 10 juin 2002, Fascicule N° 22.

Dale Orban, Association canadienne des policiers et policières, Première session de la Trente-septième législature, 28 mai 2001, Fascicule No 3.

Michel Perron, directeur exécutif du Centre canadien de lutte contre l'alcoolisme et les oxicomanies, Première session de la Trente-septième législature, 10 juin 2002, Fascicule N° 22.

Santé Canada, Première session de la Trente-septième législature, 10 juin 2002, Fascicule Nº 22

Sénat du Canada, délibérations du Comité spécial du Sénat sur les drogues illicites, Première session de la Trente-septième législature, mars-avril 2001, Fascicule N° 1.

Sénat du Canada, délibérations du Comité spécial du Sénat sur les drogues illicites, Première session de la Trente-septième législature, 28 mai 2001, Fascicule N° 3.

Eric Single, professeur, Département de la santé publique – Université de Toronto, Première session de la Trente-septième législature, 14 mai 2001, Fascicule N° 2...

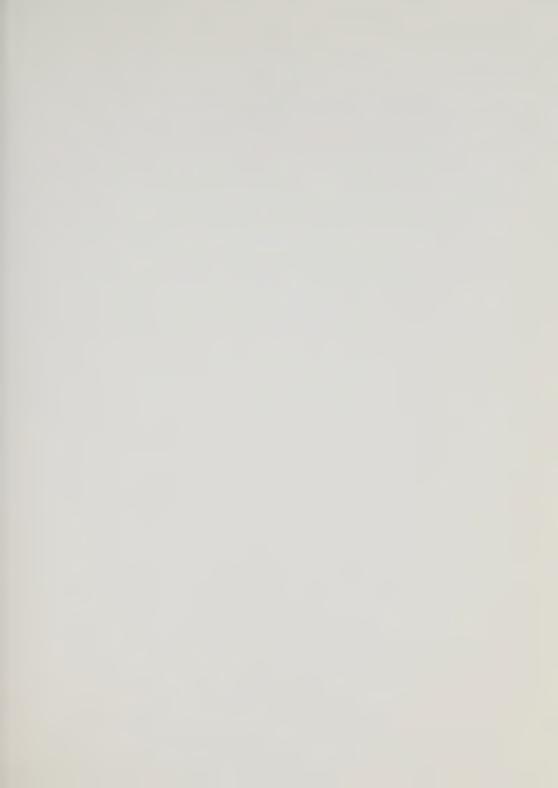
Diane Steber Büchli, Office fédéral de la Santé publique de Suisse, Première session de la Trente-septième législature, 4 février 2002, Fascicule Nº 13.

Art Steinman, directeur général – Alcohol-Drug Education Service, Première session de la Trenteseptième législature, 7 novembre 2002, Fascicule Nº 10.

Ambros Uchtenhagen, professeur – Institut de recherche sur les addictions, Première session de la Trente-septième législature, 4 février 2002, Fascicule N° 13.

Mark Ware, professeur adjoint de médecine familiale et d'anesthésie – Université McGill, Première session de la Trente-septième législature, 31 mai 2002, Fascicule Nº 18

Mark Zoccolillo, professeur de psychiatrie et de pédiatrie − Université McGill, Deuxième session de la Trente-sixième législature, 16 octobre 2000, Fascicule № 1.





If undelivered, return COVER ONLY to: Communication Canada – Publishing Ottawa, Ontario K1A 0S9

En cas de non-livraison, retourner cette COUVERTURE SEULEMENT à: Communication Canada – Édition Ottawa (Ontario) K1A 0S9 1999 D67



First Session Thirty-seventh Parliament, 2001-02

SENATE OF CANADA

Proceedings of the Special Committee on

Illegal Drugs

Chair:

The Honourable PIERRE CLAUDE NOLIN

Wednesday, August 28, 2002 (in camera)

Issue No. 23

Volume 4 of 4

Fifty-second meeting on:

Reassessing Canada's anti-drug legislation and policies

INCLUDING:
THE FINAL REPORT OF THE COMMITTEE
(Cannabis: Our Position for a
Canadian Public Policy – Appendices)

Première session de la trente-septième législature, 2001-2002

SÉNAT DU CANADA

Délibérations du Comité spécial sur les

Drogues illicites

Président:

L'honorable PIERRE CLAUDE NOLIN

Le mercredi 28 août 2002 (à huis clos)

Fascicule nº 23

Volume 4 de 4

Cinquante-deuxième réunion concernant:

Le réexamen des lois et des politiques antidrogue canadiennes

Y COMPRIS: LE RAPPORT FINAL DU COMITÉ (Le cannabis: Positions pour un régime de politique publique pour le Canada – Annexes)



THE SPECIAL COMMITTEE ON ILLEGAL DRUGS

The Honourable Senator Pierre Claude Nolin, *Chair*The Honourable Senator Colin Kenny, *Deputy Chair*and

The Honourable Senators:

Banks

* Carstairs, P.C.

(or Robichaud, P.C.)

Forrestall

* Lynch-Staunton (or Kinsella) Maheu

*Ex Officio Members

(Quorum 3)

LE COMITÉ SPÉCIAL SUR LES DROGUES ILLICITES

L'honorable sénateur Pierre Claude Nolin, *président* L'honorable sénateur Colin Kenny, *vice-président* et

Les honorables sénateurs:

Banks

* Carstairs, c.p. (ou Robichaud, c.p.) Forrestall * Lynch-Staunton (ou Kinsella) Maheu

*Membres d'office

(Quorum 3)

Published by the Senate of Canada

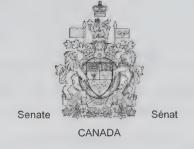
Publié par le Sénat du Canada

Available from: Communication Canada Canadian Government Publishing, Ottawa, Ontario K1A 0S9 En vente:

Communication Canada - Édition Ottawa (Ontario) K1A 0S9

Also available on the Internet: http://www.parl.gc.ca

Aussi disponible sur internet: http://www.parl.gc.ca



CANNABIS:

OUR POSITION FOR A CANADIAN PUBLIC POLICY

REPORT OF THE SENATE SPECIAL COMMITTEE ON ILLEGAL DRUGS

VOLUME IV: APPENDICES

CHAIRMAN

DEPUTY CHAIRMAN

PIERRE CLAUDE NOLIN

COLIN KENNY

SEPTEMBER 2002

APPENDIX I

MEMBERS AND STAFF OF THE SENATE SPECIAL COMMITTEE ON ILLEGAL DRUGS

1. MEMBERS OF THE SENATE SPECIAL COMMITTEE ON ILLEGAL DRUGS

Honourable Pierre Claude Nolin (Chair)

Honourable Colin Kenny (Deputy Chair)

Honourable Tommy Banks

Honourable Eileen Rossiter

Honourable Shirley Maheu

Honourable John Lynch-Staunton *

Honourable Sharon Carstairs, P.C.* **

Honourable Noël A. Kinsella *

Honourable Fernand Robichaud *

2. OTHER SENATORS WHO PARTICIPATED IN THE PROCEEDINGS OF THE COMMITTEE

Honourable Michel Biron Honourable Laurier LaPierre

Honourable Pat Carney, P.C. Honourable Jean Lapointe

Honourable Thelma Chalifoux Honourable Edward M. Lawson

Honourable Ione Christensen Honourable Lorna Milne

Honourable Ethel M. Cochrane Honourable Yves Morin

Honourable Pierre De Bané, P.C., Q.C. Honourable Lucie Pépin ***

Honourable Consiglio Di Nino Honourable Marie-P. Poulin

Honourable Joyce Fairbairn, P.C. Honourable Marcel Prud'homme, P.C.

Honourable Sheila Finestone, P.C. Honourable Gerry St. Germain, P.C.

Honourable J. Michael Forrestall Honourable Peter A. Stollery

Honourable Jerahmiel S. Grafstein, Q.C. Honourable Terry Stratton

Honourable Mobina S.B. Jaffer Honourable John Wiebe

Honourable Lois M. Wilson

^{*} Ex Officio Members

^{**} The Honourable Sharon Carstairs was a member of the Committee from April 2000 to October 2000

^{***} The Honourable Lucie Pépin was a member of the Committee from April 2000 to October 2000

3. STAFF OF THE SENATE SPECIAL COMMITTEE ON ILLEGAL DRUGS

3.1 CLERKS

Blair Armitage (Clerk)

Daniel Charbonneau (Acting Clerk of the Committee)

Adam Thompson (Acting Clerk of the Committee)

3.2 RESEARCH

Daniel Sansfaçon (Director of Research)

Gérald Lafrenière (Analyst – Library of Parliament) Chantal Collin (Analyst – Library of Parliament)

Lyne Casavant (Library of Parliament)

Benjamin Dolin (Library of Parliament)

Nancy Miller Chenier (Library of Parliament)

François Dubois
(Office of Senator Pierre Claude Nolin)

Mollie Dunsmuir (Library of Parliament)

Daniel Dupras (Library of Parliament)

David Goetz (Library of Parliament)

Anthony Jackson (Library of Parliament)

Rebecca Jesseman (Senate Special Committee on Illegal Drugs) Diane Leduc (Library of Parliament)

Martine Leroux (Office of Senator Shirley Maheu)

> Robin MacKay (Library of Parliament)

Jeffrey Myers (Senate Special Committee on Illegal Drugs)

> Sonya Norris (Library of Parliament)

> > Emmanuel Préville (Library of Parliament)

Jay Sinha (Library of Parliament)

Leah Spicer (Library of Parliament)

Barbara B. Wheelock (Office of Senator Eileen Rossiter)

3.3 ADMINISTRATION

Lise Bouchard

(Committees and Private Legislation Directorate of the Senate)

Nicole Bouchard

(Office of Senator Pierre Claude Nolin)

Martine de Launière

(Special Committee on Illegal Drugs)

Krista Durrell

(Committees and Private Legislation Directorate of the Senate)

Keli Hogan

(Committees and Private Legislation Directorate of the Senate)

Mireille Khouri

(Committees and Private Legislation Directorate of the Senate)

Nathalie Lemay-Paquette

(Committees and Private Legislation Directorate of the Senate)

Brigitte Martineau

(Committees and Private Legislation Directorate of the Senate)

Liliane Poiré

(Office of Senator Pierre Claude Nolin)

3.4 COMMUNICATIONS

Diane Boucher and her team

(Communications Directorate of the Senate)

Jean-Guy Desgagné

(Special Advisor – Senate Special Committee on Illegal Drugs)

David Newman

(Newman Communications)

3.5 REPORTERS, TRANSLATORS AND INTERPRETERS

Official Reporters of the Senate

(Debates and Publications Directorate of the Senate)

Translators

(Translation Bureau)

Interpreters

(Translation Bureau)

Thérèse Alier (Private Text Editor)

APPENDIX II

LIST OF WITNESSES

NAME	ORGANIZATION	DATE AND LOCATION OF APPEARANCE
Cathy Airth	Health Canada	June 10, 2002
	Acting Director, Office of Canada's Drug Strategy, Health Environments and Consumer Safety Branch	Ottawa, Ontario
	(Ottawa, Ontario)	
Bruce Alexander	Simon Fraser University	April 23, 2001
	Professor, Department of Psychology	Ottawa, Ontario
	(Victoria, British Columbia)	
Lindsay	As an individual	May 13, 2002
Armitage		Regina, Saskatchewan
Lyell Armitage	Regina Health District	May 13, 2002
	Former Director, Alcohol and Drug Services	Regina, Saskatchewan
	(Regina, Saskatchewan)	
	Town Hall Panelist	
Guy Ati Dion	University of Montreal	October 29, 2001
	(Montreal, Quebec)	Ottawa, Ontario
George Bailey	As an individual	May 14, 2002
		Richmond, British Columbia

NAME	ORGANIZATION	DATE AND LOCATION OF APPEARANCE
Linda Barnes	City of Richmond	May 14, 2002
	City Councillor	Richmond, British Columbia
	(Richmond, British Columbia)	
Pat Baumet	As an individual	May 13, 2002
		Regina, Saskatchewan
David Beall	Inter-American Drug Abuse Control	March 18, 2002
	Commission	Ottawa, Ontario
	Executive Secretary	
	(Washington (D.C.), United States of America)	
Line Beauchesne	University of Ottawa	October 16, 2000
	Professor, Department of Criminology	Ottawa, Ontario
	(Ottawa, Ontario)	
Denise Beaudoin	As an individual	May 30, 2002
		Montreal, Quebec
Patricia Bégin	National Crime Prevention Centre	June 10, 2002
	Director, Research and Evaluation	Ottawa, Ontario
	(Ottawa, Ontario)	
Mohamed Ben Amar	University of Montreal	June 11, 2001
Amar	Professor, Pharmacology and Toxicology	Ottawa, Ontario
	(Montreal, Quebec)	
Chris Bennett	As an individual	November 7, 2001 and May 14, 2002

Vancouver and Richmond,

British Columbia

NAME	ORGANIZATION	DATE AND LOCATION OF APPEARANCE
Marie-Andrée Bertrand	University of Montreal	April 23, 2001 and May 30, 2002
	Professor Emeritus of Criminology	Ottawa, Ontario
	Town Hall Panelist (Montreal)	Montreal, Quebec
Beverly Best	Village of Salisbury	June 5, 2002
	City Councillor	Moncton, New Brunswick
	(Salisbury, New Brunswick)	
Hilary Black	B.C. Compassion Club Society	November 7, 2001
	Founder and Director	Vancouver, British Columbia
	(Vancouver, British Columbia)	
Bill Blanchard	Royal Canadian Mounted Police	May 13, 2002
	Sergeant	Regina, Saskatchewan
	(Regina, Saskatchewan)	
	Town Hall Panelist	
Guillaume Blouin-Beaudoin	As an individual	May 30, 2002
Dioum-Deaudom		Montreal Quebec
Ron Bocking	As an individual	May 13, 2002
		Regina, Saskatchewan
Tim Boekhout	Utrecht University	November 19, 2001
Van Solinge	Lecturer and Researcher in Criminology	Ottawa, Ontario
	(Utrecht, Netherlands)	
Renee Boje	As an individual	May 14, 2002
		Vancouver, British Columbia

NAME	ORGANIZATION	DATE AND LOCATION OF APPEARANCE
Stephen Bolton	Department of Foreign affairs and International Trade International Drug Officer, International Crime Division (Ottawa, Ontario)	March 18, 2002 Ottawa, Ontario
Yvan Bombardier	CACTUS Intervener (Montreal, Quebec)	May 30, 2002 and May 31st, 2002 Montreal, Quebec
Pierre-Charles Boudrias David Bourgeois	Dollard-Cormier Centre (Montreal, Quebec) As an individual	May 31, 2002 Montreal, Quebec May 14, 2002
Michael J. Boyd	Canadian Association of Chiefs of Police	Richmond, British Columbia March 11, 2002
	Chair of the Drug Abuse Committee and Deputy Chief of the Toronto Police Service (Ottawa, Ontario)	Ottawa, Ontario
Neil Boyd	Simon Fraser University	October 16, 2000

Neil Boyd	Simon Fraser University	October 16, 2000
	Professor, Department of Criminology	Ottawa, Ontario

447		
Al Breau	Village of Salisbury	June 5, 2002

Member of the Salisbury Municipal Drug Strategy Moncton, New Brunswick

(Salisbury, Nouveau-Brunswick)

(Victoria, British Columbia)

Town Hall Panelist

NAME	ORGANIZATION	DATE AND LOCATION OF APPEARANCE
Serge Brochu	University of Montreal	December 10, 2001
	Professor and Director of the International Center for Comparative Criminology	Ottawa, Ontario
	(Montreal, Quebec)	
Nick Brusatore	As an individual	May 14, 2002
		Richmond, British Columbia
Perry Bulwer	As an individual	November 7, 2001
		Vancouver, British Columbia
Fred Burford	As an individual	September 10
		Toronto, Ontario
Michele Burque	As an individual	May 30, 2002
		Montreal, Quebec
Tracy Butler	Salvation Army Harbour Light Addiction and	June 4, 2002
	Rehabilitation Treatment Centre, HCC St. John's	St-John's, Newfoundland and Labrador
	Program Director	
	(St. John's, Newfoundland and Labrador)	
Bill Campbell	Canadian Society on Addiction Medicine	March 11, 2002
	President	Ottawa, Ontario
	(Ottawa, Ontario)	
Chris Carnell	As an individual	May 13, 2002
		Regina, Saskatchewan
Nicolas Carrier	As an individual	May 30, 2002
		Montreal, Quebec

NAME	ORGANIZATION	DATE AND LOCATION OF APPEARANCE
James Anthony Cavalier	As an individual	September 10
		Toronto, Ontario
Walter Cavalieri	Toronto Harm Reduction Task Force	September 10, 2001
	(Toronto, Ontario)	Toronto, Ontario
Jean-Pierre Chiasson	Clinique du Nouveau Départ Inc.	May 30, 2002
Cinasson	Medical Director	Montreal, Quebec
	(Montreal, Quebec)	
	Town Hall Panelist	
Ward Clapham	Royal Canadian Mounted Police	May 14, 2002
	Superintendent	Richmond, British Columbia
	(Richmond, British Columbia)	
Chantal Cloutier- Vautour	Addiction Services, Health Region	June 5, 2002
	Addiction Councillor	Moncton, New Brunswick

Pierre Cloutier	As an individual	May 31, 2002

Montreal, Quebec
monteut, Quebec

Peter Cohen University of Amsterdam	May 28, 2001
-------------------------------------	--------------

Ottawa, Ontario

(Amsterdam, Netherlands)

(Moncton, New Brunswick)

Émile Colas As an individual May 30, 2002

Town Hall Panelist Montreal, Quebec

Mark Connolly Canada Customs and Revenue Agency October 29, 2001

Director General, Contraband and Intelligence
Services Directorate, Customs Branch

Ottawa, Ontario

(Ottawa, Ontario)

NAME	ORGANIZATION	DATE AND LOCATION OF APPEARANCE
John W. Conroy	As an individual	March 11, 2002
	Barrister and Solicitor in (R. v. Malmo-Levine and R. v. Caine)	Ottawa, Ontario
Randy Cormier	Brentwood Recovery Home	June 7, 2002
	Counsellor/Group Leader	Windsor, Ontario
	(Windsor, Ontario)	
Terry Cormier	Department of Foreign affairs and International Trade	March 18, 2002
	Director, International Crime Division	Ottawa, Ontario
	(Ottawa, Ontario)	
Jean-Michel Coste	French Monitoring Centre for Drugs and	October 1st, 2001
	Drug Addictions Director	Ottawa, Ontario
	(Paris, France)	
Roland Côté	As an individual	May 30, 2002
		Montreal, Quebec
Richard Cowan	As an individual	November 7, 2001
		Vancouver, British Columbia

Canada Customs and Revenue Agency

Chief, Intelligence and Operations Division, Contraband and Intelligence Services Directorate,

Customs Branch

(Ottawa, Ontario)

Jean de Lavaltrie As an individual

October 29, 2001

Ottawa, Ontario

May 30, 2002

Montreal, Quebec

Michael

Crichton

NAME	ORGANIZATION	DATE AND LOCATION OF APPEARANCE
France Desjardins	As an individual	May 30, 2002
		Montreal, Quebec
Chuck Doucette	Royal Canadian Mounted Police	May 14, 2002
	(Vancouver, British Columbia)	Richmond, British Columbia
	Town Hall Panelist	
Wally Dowhayko	Royal Canadian Mounted Police	June 7, 2002
	Sergeant, Windsor Drug Section	Windsor, Ontario
	(Windsor, Ontario)	
Caroline Doyer	Club Compassion de Montréal	May 31, 2002
	President	Montreal, Quebec
	(Montreal, Quebec)	
Toby Druce	Seaton House	September 10, 2001
	Program Supervisor	Toronto, Ontario
	(Toronto, Ontario)	
Françoise Dubois-Arber	Swiss Federal Commission for Drug Issues; University Institute for Social and Preventative Medicine	February 4, 2002
		Ottawa, Ontario
	Member	
	(Bern, Switzerland)	
Georges Dulex	Canton of Zurich, Criminal Police Department Head	February 4, 2002
		Ottawa, Ontario
	(Zurich, Switzerland)	
Johnny Dupuis	As an individual	May 30, 2002

Montreal, Quebec

NAME	ORGANIZATION	DATE AND LOCATION OF APPEARANCE
Martin Earl	As an individual	June 6, 2002
		Windsor, Ontario
Bill Elliot	Canada Customs and Revenue Agency	June 7, 2002
	Director, Windsor-St. Clair District	Windsor, Ontario
	(Windsor, Ontario)	
Marc Emery	B.C. Marijuana Party	May 14, 2002
	(Vancouver, British Columbia)	Richmond, British Columbia
	Town Hall Panelist	
Ron Enns	As an individual	June 6, 2002
		Windsor, Ontario
Patricia Erickson	Centre for Addiction and Mental Health	May 14, 2001
	Researcher	Ottawa, Ontario
	(Toronto, Ontario)	
Julian Fantino	Toronto Police Service	September 10, 2001
	Chief	Toronto, Ontario
	(Toronto, Ontario)	
Pat Fiacco	City of Regina	May 13, 2002
	Mayor	Regina, Saskatchewan
	(Regina, Saskatchewan)	
Ross Findlater	Regina Health District	May 13, 2002
	Deputy Medical Health Officer, Alcohol and Drug Services	Regina, Saskatchewan
	(Regina, Saskathewan)	

DATE AND LOCATION OF APPEARANCE

Benedikt Fischer	University of Toronto	September 17, 2001
	Professor, Department of Public Health Sciences	Ottawa, Ontario
	(Toronto, Ontario)	
Jerry Fitzgerald	Alcohol and Drug Services, Regina Health District	May 13, 2002
	Manager	Regina, Saskatchewan
	(Regina, Saskatchewan)	
Donald Fitzsimmons	Alcohol and Drug Services, Regina Health District	May 13, 2002
	Youth and Family Coordinator	Regina, Saskatchewan
	(Regina, Saskatchewan)	
Mark Fortier	As an individual	May 13, 2002
		Regina, Saskatchewan
Michel Frenette	Royal Canadian Mounted Police	June 5, 2002
	Drug Awareness Services Coordinator	Moncton, New Brunswick
	(Fredericton, New Brunswick)	
	Town Hall Panelist	
Thomas Fulgosi	Seaton House	September 10, 2001
	Shift Leader	Toronto, Ontario
	(Toronto, Ontario)	
Nick Gallant	As an individual	June 5, 2002
		Moncton, New Brunswick
Paul E. Garfinkel	Centre for Addiction and Mental Health	June 7, 2002
	President and C.E.O.	Windsor, Ontario
	(Toronto, Ontario)	

NAME	ORGANIZATION	DATE AND LOCATION OF APPEARANCE
Serge Gascon	City of Montreal Police Service	May 31, 2002
	Deputy Director	Montreal, Quebec
	(Montreal, Quebec)	
Ryan Genie	As an individual	May 13, 2002
		Regina, Saskatchewan
Michel Germain	Comité permanent de lutte à la toxicomanie	May 31, 2002
	Director General	Montreal, Quebec
	(Montreal, Quebec)	
Rob Gillespie	As an individual	May 14, 2002
		Richmond, British Columbia
John P. Gordon	As an individual	November 7, 2001
		Vancouver, British Columbia
Hélène Goulet	Health Canada	June 10, 2002
	Director General, Tobacco Control Programme, Health Environments and Consumer Safety Branch	Ottawa, Ontario
	(Ottawa, Ontario)	
Caylie Graham	As an individual	May 13, 2002
		Regina, Saskatchewan
Serge Granger	University of Quebec in Montreal	May 31, 2002
	Historian	Montreal, Quebec
	(Montreal, Quebec)	
Brian Grant	Correctional Service Canada	June 10, 2002
	Director, Addictions Research Centre	Ottawa, Ontario
	(Montague, Prince Edouard Island)	

	ORGANIZATION	OF APPEARANCE
David Griffin	Canadian Police Association	May 28, 2001
	Executive Officer	Ottawa, Ontario
	(Ottawa, Ontario)	
Peter Grin	As an individual	May 14, 2002
		Richmond, British Columbia
Derril W.	As an individual	May 14, 2002
Gudlaugson		Richmond, British Columbia
André-Bernard Guévin	As an individual	May 30, 2002
Guevin		Montreal, Quebec
Cathleen Guthrie	As an individual	May 13, 2002
		Regina, Saskatchewan
Henry Haddad	Canadian Medical Association	March 11, 2002
	President	Ottawa, Ontario
	(Ottawa, Ontario)	
Susan Hague	Canada Customs and Revenue Agency	October 29, 2001
	Senior Program Advisor, Contraband Operations Section, Contraband and Intelligence Services Directorate, Customs Branch	Ottawa, Ontario
	(Ottawa, Ontario)	
Nichola Hall	Grief to Action	November 7, 2001
	Chairperson	Vancouver, British Columbia
	(Vancouver, British Columbia)	
Ross Hall	Grief to Action	November 7, 2001

Vancouver, British Columbia

NAME	ORGANIZATION	DATE AND LOCATION OF APPEARANCE
Peter Hamel	Club Compassion de Montréal	May 31, 2002
	Executive Director	Montreal, Quebec
	(Montreal, Quebec)	
Tony Hammer	As an individual	June 6, 2002
		Windsor, Ontario
Timothy	NORML Saskatchewan	May 13, 2002
Hampton	President, National Organization for Reform of Marijuana Laws (NORML)	Regina, Saskatchewan
	(Watrous, Saskatchewan)	
	Town Hall Panelist	
Michael C. Hansen	As an individual	May 14, 2002
Hansen		Richmond, British Columbia
Andy Hathaway	Centre for Addiction and Mental Health	May 14, 2001
	Researcher	Ottawa, Ontario
	(Toronto, Ontario)	
Glen Hayden	Canadian Police Association	May 28, 2001
	Detective, Drug Control Section, Edmonton Police Service	Ottawa, Ontario
	(Ottawa, Ontario)	
Kenneth E.	As an individual	May 14, 2002
Hayes Jr.		Richmond, British Columbia
Kash Heed	Vancouver Police Service	November 7, 2001
	Drugs Section	Vancouver, British Columbia
	(Vancouver, British Columbia)	

	ORGANIZATION	OF APPEARANCE
Sean Hunt	As an individual	September 10, 2001
		Toronto, Ontario
Thomas E. Hunter	As an individual	June 5, 2002
Hunter		Moncton, New Brunswick
Alexis Jabarit	As an individual	May 30, 2002
		Montreal, Quebec
Edward Jackson	As an individual	May 30, 2002
		Montreal, Quebec
Gary E. Johnson	State of New Mexico	November 5, 2001
	Governor	Ottawa, Ontario
	(Albuquerque, New Mexico – United States of America)	
Cal Johnston	Regina Police Service	May 13, 2002
	Chief of Police	Regina, Saskatchewan
	(Regina, Saskatchewan)	
Hélène Jutras	As an individual	May 30, 2002
		Montreal, Quebec
Harold Kalant	University of Toronto	June 11, 2001
	Professor Emeritus	Ottawa, Ontario
	(Toronto, Ontario)	
Sean Karl	As an individual	May 14, 2002

Richmond, British Columbia

NAME	ORGANIZATION	DATE AND LOCATION OF APPEARANCE
Robert Keizer	Ministry of Health, Welfare and Sports of the Netherlands Drug Policy Advisor	November 19, 2001 Ottawa, Ontario
Jim Kelly	(The Hague, Netherlands) Richmond Alcohol and Drug Action Team (RADAT) Director	May 14, 2002 Richmond, British Columbia
Perry Kendall	(Richmond, British Colombia) As an individual Health Officer	September 17, 2001 Ottawa, Ontario
Paul E. Kennedy	(Victoria, British Columbia) Solicitor General of Canada Senior Assistant Deputy Solicitor General, Policing and Security Branch	June 10, 2002 Ottawa, Ontario
Steven Kent	(Ottawa, Ontario) City of Mount Pearl Deputy Mayor	June 4, 2002 Mount Pearl, Newfoundland and Labrador
Barry King	(Mount Pearl, Newfoundland and Labrador) Canadian Association of Chiefs of Police Former Chair of the Drug Abuse Committee and Chief of the Brockville Police Service	March 11, 2002 Ottawa, Ontario
Michel Kokoreff	(Ottawa, Ontario) Lille University (Lille, France)	October 1 st , 2001 Ottawa, Ontario

NAME	ORGANIZATION	DATE AND LOCATION OF APPEARANCE
Dirk J. Korf	University of Amsterdam	November 19, 2001
	Professor	Ottawa, Ontario
	(Amsterdam, Netherlands)	
Michele Kubby	As an individual	May 14, 2002
		Richmond, British Colombia
Alain Labrousse	Observatoire français des drogues et des	May 28, 2001
	toxicomanies Chargé de mission	Ottawa, Ontario
	(Paris, France)	
C. Gwendolyn Landolt	REAL Women of Canada	June 6, 2002 and June 7, 2002
	National Vice-President	Windsor, Ontario
	(Ottawa, Ontario)	windsoi, Ontario
	Town Hall Panelist	
Michel Landry	Dollard-Cormier Centre	December 10, 2001
	Director of Professional Services and Research	Ottawa, Ontario
	(Montreal, Quebec)	
Julie Langlois	As an individual	May 30, 2002
		Montreal, Quebec
Dana Larsen	Cannabis Culture	November 7, 2001 and May 14, 2002
	(Vancouver, British Columbia)	Vancouver and Richmond,
	Town Hall Panelist	British Columbia
Pierre Lauzon	As an individual	May 30, 2002
	Town Hall Panelist	Montreal, Quebec
Marc-André Lavoie	As an individual	May 30, 2002
		Montreal, Quebec

ON COLOS CONTRACTOR	DATE AND LOCATION OF APPEARANCE
al	November 7, 2001
	Vancouver, British Columbia
n Mounted Police	October 29, 2001 and March 11, 2002
ndent	Ottawa, Ontario
ciation of Chiefs of Police	
e Drug Abuse Committee	
al	November 7, 2001
	Vancouver, British Columbia
	September 10, 2001
tor	Toronto, Ontario
al	May 30, 2002
	Montreal, Quebec
al	November 7, 2001
	Vancouver, British Columbia
and Compassion Society	May 14, 2002
	Richmond, British Columbia
olumbia)	
a	June 10, 2002
	Ottawa, Ontario
	ral, Drug Strategy and Controlled gramme

		OF AFPEARANCE
Mary Lynch	Dalhousie University	June 11, 2001
	Director, Canadian Consortium for the Investigation of Cannabinoids	Ottawa, Ontario
	(Halifax, Nova Scotia)	
Sandy MacDonald	As an individual	May 14, 2002
MacDonald		Richmond, British Columbia
Edward J.	Royal Canadian Mounted Police	June 5, 2002
MacEachern	Sergeant	Moncton, New Brunswick
	(Fredericton, New Brunswick)	
David MacFarnam	As an individual	November 7, 2001
Macramam		Vancouver, British Columbia
Chris MacLean	As an individual	June 5, 2002
		Moncton, New Brunswick
Donald MacPherson	City of Vancouver	November 7, 2001
MacPherson	Drug Policy Coordinator	Vancouver, British Columbia
	(Vancouver, British Columbia)	
Nicole Maestracci	Interministerial Mission for the Fight against	October 1st, 2001
Maestracci	Drugs and Drug Addiction President	Ottawa, Ontario
	(Paris, France)	
Achille Maillet	Addiction Services, Health Region	June 5, 2002
	Director	Moncton, New Brunswick

(Moncton, New Brunswick)

NAME	ORGANIZATION	DATE AND LOCATION OF APPEARANCE
David Malmo- Levine	As an individual	November 7, 2001 and May 14, 2002
		Vancouver and Richmond, British Columbia
Colin R.	Prevention Source B.C.	September 17, 2001
Mangham	Director	Ottawa, Ontario
	(Vancouver, British Columbia)	
Bill Marra	Federation of Canadian Municipalities	March 11, 2002
	Chair of the Standing Committee on Community Safety and Crime Prevention and City Councillor for the City of Windsor	Ottawa, Ontario
	(Ottawa, Ontario)	
Richard Mathias	University of British Columbia	September 17, 2001
	Professor, Health Care and Epidemiology Department	Ottawa, Ontario
	(Vancouver, British Colombia)	

May 30, 2002

Montreal, Quebec

Pierre Matteau

As an individual

	VAGATION	OF APPEARANCE
William B. McAllister	University of Virginia	March 18, 2002
	Professor	Ottawa, Ontario
	(Charlottesville, Virginia, United States of America)	
Michael McCoy	Touchtone Family Association	May 14, 2002
	(Richmond, British Columbia)	Richmond, British Colombia
	Town Hall Panelist	
John McIntyre	BC Civil Liberties Association	May 14, 2002
	Member of the Board	Richmond, British Columbia
	(Vancouver, British Columbia)	
W. Joe McKeown	City of Regina	May 13, 2002
	City Councillor	Regina, Saskatchewan
	(Regina, Saskatchewan)	
	Town Hall Panelist	
William A. McKim	Memorial University of Newfoundland	June 3, 2002
WICKIM	Acting Head, Department of Psychology	Mount Pearl, Newfoundland and Labrador
	(Mount Pearl, Newfoundland and Labrador)	MILE SHOULD
	Town Hall Panelist	
Ken McLennan	As an individual	May 14, 2002
		Richmond, British Columbia
Wanda McPherson	Springboard	September 10, 2001
McPherson	Diversion Coordinator	Toronto, Ontario

(Toronto, Ontario)

NAME	ORGANIZATION	DATE AND LOCATION OF APPEARANCE
Timothy	As an individual	May 14, 2002
Meehan		Richmond, British Columbia
Céline Mercier	McGill University	December 10, 2001
	Associate Professor, Department of Psychiatry	Ottawa, Ontario
	(Montreal, Quebec)	
Croft Michaelson	Justice Canada	June 10, 2002
	Director and Senior General Counsel, Strategic Prosecution Policy Section	Ottawa, Ontario
	(Ottawa, Ontario)	
Dann Michols	Health Canada	June 10, 2002
	Assistant Deputy Minister, Healthy Environments and Consumer Safety Branch	Ottawa, Ontario
	(Ottawa, Ontario)	
Mike Moldovan	As an individual	June 6, 2002
		Windsor, Ontario
John P. Morgan	City of New York Medical School	June 11, 2001
	Professor of Pharmacology	Windsor, Ontario
	(City of New York, New York, United States of America)	
Tracy Mortensen	As an individual	June 6, 2002
		Windsor, Ontario
David Mossop	Community Legal Assistance Society	November 7, 2001
	(Vancouver, British Columbia)	Vancouver, British Columbia

NAME	ORGANIZATION	DATE AND LOCATION OF APPEARANCE
Ethan Nadelman	Lindesmith Centre	November 5, 2001
	Executive Director	Ottawa, Ontario
	(City of New York, New York, United States of America)	
Janet Neves	Federation of Canadian Municipalities	March 11, 2002
	Policy Analyst	Ottawa, Ontario
	(Ottawa, Ontario)	
John Noddin	New Brunswick Home and Schools Association	June 5, 2002
	Former President	Moncton, New Brunswick
	Town Hall Panelist	
Kathryn Noddin	As an individual	June 5, 2002
		Moncton, New Brunswick
Dale Orban	Canadian Police Association	May 28, 2001
	Sergeant and Detective, Regina Police Service	Ottawa, Ontario
	Executive Director, Regina Police Association	

May 13, 2002

Regina, Saskatchewan

October 16, 2000 and

October 29, 2001

Ottawa, Ontario

November 7, 2001

Vancouver, British Columbia

(Ottawa, Canada)

As an individual

Executive Director

City of Vancouver

(Vancouver, British Columbia)

(Ottawa, Ontario)

Mayor

Canadian Foundation for Drug Policy

Albert G.

Ormiston

Eugene

Oscapella

Philip Owen

NAME	ORGANIZATION	DATE AND LOCATION OF APPEARANCE
Melanie Stephen	Marijuana Party of Canada	June 5, 2002
Patriquen	(Montreal, Quebec)	Moncton, New Brunswick
Mike Patriquen	Marijuana Party of Canada	June 5, 2002
	(Montreal, Quebec)	Moncton, New Brunswick
	Town Hall Panelist	
Caroline Pelchat	Royal Canadian Mounted Police	October 29, 2001
	Researcher, Drug Awareness Service	Ottawa, Ontario
	(Ottawa, Ontario)	
Michel Pelletier	Royal Canadian Mounted Police	October 29, 2001
	Sergeant and National Coordinator, Drug Awareness Service	Ottawa, Ontario
	(Ottawa, Ontario)	
Michel Perron	Canadian Centre on Substance Abuse	June 10, 2002
	Executive Director	Ottawa, Ontario
	(Ottawa, Ontario)	
Martin Petit	CACTUS	May 31, 2002
	Community Worker	Montreal, Quebec
	(Montreal, Quebec)	

NAME	ORGANIZATION	DATE AND LOCATION OF APPEARANCE
Robert Pike	Penitentiary Addictions Group	June 4, 2002
	Classification Officer	Mount Pearl, Newfoundland and Labrador
	(St. John's, Newfoundland and Labrador)	
Jim Power	Royal Canadian Mounted Police	June 3, 2002
	Sergeant	Mount Pearl, Newfoundland and Labrador
	(Clarenville, Newfoundland and Labrador)	
	Town Hall Panelist	
Diane Power- Jeans	Janeway Community Mental Health Division, HCC St. John's	June 4, 2002
·	Social Worker	Mount Pearl, Newfoundland and Labrador
	(St. John's, Newfoundland and Labrador)	
Fred Pritchard	Marijuana Compassion Club of Windsor	June 6, 2002
	Founder and Operator	Windsor, Ontario
	(Windsor, Ontario)	
	Town Hall Panelist	
Norman Qworden	As an individual	June 6, 2002
QWOIGH		Windsor, Ontario
Alan Randell	As an individual	May 14, 2002
		Richmond, British Columbia
Eleanor Randell	As an individual	May 14, 2002
		Richmond, British Columbia

May 13, 2002

Regina, Saskatchewan

Shauna Raycraft As an individual

NAME	ORGANIZATION	DATE AND LOCATION OF APPEARANCE
Jürgen Rehm	University of Zurich	May 14, 2001
	Professor	Ottawa, Ontario
	(Zurich, Switzerland)	
Rick Reimer	As an individual	May 31, 2002
		Montreal, Quebec
Dave Roberts	Windsor Police Service	June 7, 2002
	Inspector, Investigation Services	Windsor, Ontario
	(Windsor, Ontario)	
Gerald Royce	As an individual	June 3, 2002
		Mount Pearl, Newfoundland and Labrador
Jerome Sabourin	As an individual	June 5, 2002
		Moncton, New Brunswick
Greg Schweitzer	As an individual	June 6, 2002
		Windsor, Ontario
Darlene Simpson	House of Sophrosyne	June 7, 2002
	Director of Program	Windsor, Ontario
	(Windsor, Ontario)	
Eric Single	University of Toronto	May 14, 2001
	Professor, Department of Public Health Sciences	Ottawa, Ontario
	(Toronto, Ontario)	
Leon Smith	As an individual	May 14, 2002

Richmond, British Columbia

NAME	ORGANIZATION	DATE AND LOCATION OF APPEARANCE
Patrick Smith	Centre for Addiction and Mental Health	June 7, 2002
	Vice-President, Clinical Programs	Windsor, Ontario
	(Toronto, Ontario)	
Ted Smith	As an individual	November 7, 2001
		Vancouver, British Columbia
Raf Souccar	Royal Canadian Mounted Police	June 10, 2002
	Superintendent	Ottawa, Ontario
	(Ottawa, Ontario)	
Rob Spring	As an individual	June 6, 2002
		Windsor, Ontario
Randall St. Jacques	As an individual	June 6, 2002
		Windsor, Ontario
Margaret Stanowski	Springboard	September 10, 2001
Stanowski	Executive Director	Toronto, Ontario
	(Toronto, Ontario)	
Paul St-Denis	Justice Canada	June 10, 2002
	Senior Counsel, Criminal Law Policy Section	Ottawa, Ontario
	(Ottawa, Ontario)	
Diane Steber Büchli	Swiss Federal Office of Public Health	February 4, 2002
Ducini	Head, International Drug Affairs Unit	Ottawa, Canada
	(Bern, Switzerland)	
Art Steinmann	Alcohol-Drug Education Service	November 7, 2001
	Executive Director	Vancouver, British Columbia

(Vancouver, British Columbia)

NAME	ORGANIZATION	DATE AND LOCATION OF APPEARANCE
Marc-Boris St-	Marijuana Party	May 30, 2002 and May 31st
Maurice	Leader	Montreal, Quebec
	(Montreal, Quebec)	
	Town Hall Panelist	
Ron Taverner	Toronto Police Service	June 7, 2002
	Sergeant, Superintendent	Windsor, Ontario
	(Toronto, Ontario)	
Rosaire Théorêt	As an individual	May 30, 2002
		Montreal, Quebec
Rick Tipple	As an individual	November 7, 2001
		Vancouver, British Columbia
Lilian To	As an individual	November 7, 2001
		Vancouver, British Columbia
Ross Toller	Correctional Service Canada	June 10, 2002
	Deputy Commissioner, Prairie Region	Ottawa, Ontario
	(Ottawa, Ontario)	
Chris Trenholm	As an individual	June 5, 2002

John Turmel

Ray Turmel

As an individual

As an individual

Moncton, New Brunswick

May 30, 2002

May 30, 2002

Montreal, Quebec

Montreal, Quebec

NAME	ORGANIZATION	DATE AND LOCATION OF APPEARANCE
Selene Tracy	Ontario Public Interest Research Group	June 6, 2002
Tyndale	Volunteer	Windsor, Ontario
	(Windsor, Ontario)	
	Town Hall Panelist	
Mark Tyndall	B.C. Centre for Excellence in HIV/AIDS	November 7, 2001
	(Vancouver, British Columbia)	Vancouver, British Columbia
Ambros	Addiction Research Institute	February 4, 2002
Uchtenhagen	Retired Professor	Ottawa, Ontario
	(Zurich, Suisse)	
Steven Van	Ministry of Justice of the Netherlands	November 19, 2001
Hoogstraten	Director for International Criminal Affairs and Drugs Policy	Ottawa, Ontario
	(The Hague, Netherlands)	
Anne Vogel	Gilwest Clinic	May 14, 2002
	Manager	Richmond, British Columbia
	(Richmond, British Columbia)	
John Walsh	City of Mount Pearl	June 3, 2002
	City Councillor	Mount Pearl, Newfoundland and Labrador
	(Mount Pearl, Newfoundland and Labrador)	WALL MOVEMENT

Town Hall Panelist

(Ottawa, Ontario)

Royal Canadian Mounted Police

Officer in Charge, Operational Systems Policy Section, National Contract Policing Branch June 10, 2002

Ottawa, Ontario

Chuck Walter

NAME	ORGANIZATION	DATE AND LOCATION OF APPEARANCE
Thia Walter	As an individual	November 7, 2001
		Vancouver, British Columbia
Mark A. Ware	McGill University	May 31, 2002
	Assistant Professor	Montreal, Quebec
	(Montreal, Quebec)	
David Weinberg	As an individual	June 5, 2002
		Moncton, New Brunswick
Yves	As an individual	June 5, 2002
Wermelinger		Moncton, New Brunswick
Anna Marie	Focus on the Family	May 14, 2002
White	Policy Analyst	Richmond, British Columbia
	(Vancouver, British Columbia)	
Dean Wilson	Vancouver Area Network of Drug Users	November 7, 2001
	(VANDU)	Vancouver, British Columbia
	Executive Director	
Com Wind	(Vancouver, British Columbia)	Mars 14, 2002
Cory Wint	Inner Visions Recovery Society	May 14, 2002
	(Vancouver, British Columbia)	Richmond, British Columbia
	Town Hall Panelist	
Brad Wolbaum	As an individual	May 13, 2002
		Regina, Saskatchewan
Scott Wolbaum	As an individual	May 13, 2002
		Regina, Saskatchewan

		OF APPEARANCE
Danny Woods	Windsor Police Service	June 7, 2002
	Sergeant, Drug Enforcement Branch	
	(Windsor, Ontario)	
Alan Young	As an individual	September 10, 2001
	Associate Professor, Osgoode Hall Law School	Toronto, Ontario
	(Toronto, Ontario)	
3.6 .1 27 191	M CTITLE I	0 1 16 2000
Mark Zoccolillo	McGill University	October 16, 2000
	Professor, Department of Psychiatry	Ottawa, Canada

ORGANIZATION

(Montreal, Quebec)

NAME

DATE AND LOCATION

APPENDIX III

RESEARCH PAPERS*

A- RESEARCH PAPERS PREPARED BY THE PARLIAMENTARY RESEARCH BRANCH OF THE LIBRARY OF PARLIAMENT

AUTHORS	TILE 2	DATE OF PUBLICATIO
Lyne Casavant, Chantal Collin	Illegal Drug Use and Crime : A Complex Relationship	August 2001
Chantal Collin	National Drug Policy: France	August 2001
Chantal Collin	National Drug Policy: Switzerland	January 2002
Benjamin Dolin	National Drug Policy: United States of America	July 2001
Benjamin Dolin	National Drug Policy: Netherlands	August 2001
Daniel Dupras	Canada's International Obligations Under the Leading International Conventions on the Control of Narcotics Drugs	October 1998
David Goetz	Drug Prohibition and the Constitution	March 2001
Anthony Jackson	The Costs of Drug Abuse and Drug Policy	April 2002
Diane Leduc, Nancy Miller Chenier, Sonya Norris	Inventory of Federal Research on Illegal Drugs and Related Issues	October 2001

^{*} All the research papers quoted in this appendix were produced at the request of the Senate Special Committee on Illegal Drugs and are available at: www.parl.gc.ca/illegal-drugs.asp

The Control of the Control of the		ALLED ROAD HOW
Diane Leduc, Nancy Miller Chenier, Sonya Norris	Inventory of Provincial and Territorial Research on Illegal Drugs and Related Issues	May 2002
Gérald Lafrenière	Police Powers and Drug-Related Offences	March 2001
Gérald Lafrenière	National Drug Policy: United Kingdom	July 2001
Gérald Lafrenière	National Drug Policy: Sweden	April 2002
Gérald Lafrenière, Emmanuel Préville	Reported Incidents, Convictions, Incarceration and Sentencing in Relation to Illegal Drugs in Canada	May 2002
Gérald Lafrenière, Leah Spicer	Illicit Drug Trends in Canada 1980-2001: A Review and Analysis of Enforcement Data	June 2002
Robin MacKay	National Drug Policy: Australia	December 2001
Jay Sinha	The History and Development of the Leading International Drug Control Conventions	February 2001
Leah Spicer	Historical and Cultural Uses of Cannabis and the Canadian "Marijuana Clash"	April 2002

B- RESEARCH PAPERS ON GUIDING PRINCIPLES

AUTHORS	TITLE.	DATE OF PUBLICATION
Thomas De Koninck Laval University	The Role of Knowledge and Culture in Public Policy on Illegal Drugs	June 2002
Roderick A. Macdonald McGill University	The Governance of Human Agency	May 2001
Jean-François Malherbe University of Sherbrooke	The Contribution of Ethics in Defining Guiding Principles for a Public Drug Policy	May 2002
Alvaro P. Pires University of Ottawa	La politique législative et les crimes à « double face » : Éléments pour une théorie pluridimensionnelle de la loi criminelle	June 2002

C- OTHER RESEARCH PAPERS

AUTHORS	TITLE	DATE OF PUBLICATION
François Dubois Office of Senator Pierre Claude Nolin	The Federal Parliament and the Evolution of Canadian Legislation on Illegal Drugs	June 2002
Léger Marketing Montreal	An Exploratory Study Among Canadians About the Use of Cannabis	June 2002
Diane Riley University of Toronto	Drugs and Drug Control Policy: A Brief Review and Commentary	November 1998
Barbara B. Wheelock Office of Senator Eileen Rossiter	Physiological and Psychological Effects of Cannabis: Review of the Research Findings	May 2002

APPENDIX IV

Offences, Penalties, Police Powers and Criminal Procedure* The Evolution of Canadian Drug Legislation (1908-1996):

	Offerse	Penalises Police Powers - Crimina Processor	
1908 –	Trafficking		
Opium Act	Importation for non-medical purposes and without the authorization of the Minister of Customs	Indictment Imprisonment for a term not exceeding 3 years; and / or	
	Manufacture, sale or possession, <u>for the purpose of selling</u> , of raw or prepared opium	• Fine of not less than \$50 and not exceeding \$1,000	
	Manufacture, sale or possession, <u>for the purpose of selling</u> , opium prepared for the use of smokers		

^{*}This chart is taken from the study prepæed by François Dubois entitled The Federal Parliament and the Evolution of Canadian Legislation on Illegal Drugs. The study is available online at: www.parl.gc.ca/illegal-drugs.asp

Opium and

Narcotic Drug

Trafficking

- lawful excuse, of a drug for nonsale or offering for sale, without within Canada, manufacture, therapeutic or non-scientific Importation, transportation purposes
- Exportation, without lawful excuse, to a country that
- prohibits the importing of a drug

Summary conviction

- exceeding 6 months; and / or Imprisonment for a term not
- Fine not exceeding \$500 .

Possession

Possession of a drug, without therapeutic or non-scientific lawful excuse, for nonpurposes

Summary conviction

- Imprisonment for a term not exceeding one year; and / or
- Fine not exceeding \$500

Police powers

Search warrants

Summary conviction

Search warrant authorizing, on reasonable grounds:

exceeding one year; and / or Imprisonment for a term not

Fine not exceeding \$500

- places: dwelling houses, stores, the search of the following boutiques, warehouses, gardens or ships; and
- the seizure of any drugs found there and of the containers in which they are found

Criminal procedure

Destruction of seized drugs

- drugs and containers in which they were found after conviction of the Order allowing the destruction of accused
- acquitted. If not claimed, they have Order providing for the return of seized drugs if the accused is three months following the to be destroyed within acquittal

- Possession of opium prepared for Summary conviction smokers or its use
- exceeding 3 months; and / or Imprisonment for a term not
- Fine not exceeding \$50
- excuse, in a place where opium Being found, without lawful is smoked

Summary conviction

- exceeding one month; and / or Imprisonment for a term not
- Fine not exceeding \$100

Legal trade in narcotic drugs

(Physicians)

medical purposes particularly if Prescription of drugs for nonthey are not required for the treatment of illness

Summary conviction

- exceeding 3 months; and / or Imprisonment for a term not
- Fine not exceeding \$200

Reverse onus

- In a prosecution for trafficking or possession of drugs, the accused has to prove:
- the existence of a lawful excuse; or
- that the substances were used for therapeutic or scientific purposes

Writ of certiorari

• Elimination of use of a writ of certiorari

Reward

Possibility to use a portion of a fine paid by an offender to reward the person who filed the complaint against him

(Pharmacists)

- Sale of drugs for medical purposes without prescription (in writing or by telephone) by a physician
- Summary conviction
- Imprisonment for a term not exceeding 3 months; and / or
- Fine not exceeding \$200
- Refusal to keep a record of drug purchases and sales, the making of medications containing such substances and the renewal of prescriptions issued by a physician
- Summary conviction
- Imprisonment for a term not exceeding 3 months; and / or
- Fine not exceeding \$200

Amendments to

Act of 1911

- distribution of a drug without Exportation or importation, manufacture, transportation a license, or its importation at a port not designated by within Canada, sale and federal authorities
- Exportation or importation, manufacture, transporting prepared opium without a within Canada, sale and distribution of raw or license

Possession

license, for non-medical or non-Possession of drugs, without a scientific purposes

Summary conviction

- Imprisonment for a term not exceeding one year; and / or
- Fine of not less than \$200 and not exceeding \$1,000

- exceeding one year; and / or Imprisonment for a term not
- Fine of not less than \$200 and not exceeding \$1,000

(Businesses)

- Refusal to keep a record of activities, duly authorized by federal authorities, relating to the importing, exporting, manufacture, sale and distribution of drugs
- Summary conviction
- Imprisonment for a term not exceeding one year; and / or
- Fine of not less than \$200 and not exceeding \$1,000

(Physicians)

requested by federal authorities relating to the purchase, preparation or prescription of medications containing drugs

Summary conviction

- Imprisonment for a term not exceeding one year; and / or
- Fine of not less than \$200 and not exceeding \$1,000

(Pharmacists)

Sale of drugs for medical purposes without a prescription written and signed by a physician

- Imprisonment for a term not exceeding one year; and / or
- Fine of not less than \$500 and not exceeding \$1,000

without appropriate labelling to a child under 2 years of age product containing quantities of drugs exceeding the limits prescribed by the Act and Sale or administration of a

- exceeding one year; and / or Imprisonment for a term not
- Fine of not less than \$200 and not exceeding \$1,000

1921 -

Trafficking

Illegal activities as defined in the Indictment Act of 1920

Amendments to Act of 1911

Imprisonment for a term not

exceeding 7 years

Summary conviction

- exceeding 18 months, to which period of 12 months for failure Imprisonment for a term not may be added an additional to pay a fine; and / or
- Fine of not less than \$200 and not exceeding \$1,000

Selling, giving or distributing drugs to a minor without a license

Indictment

 Imprisonment for a term not exceeding 7 years

Criminal procedure

Forfeiture or return of seized drugs

- drugs and the receptacles in which to the Minister of Health of seized Order providing for the forfeiture they were found following conviction of the accused
- following the acquittal, for disposal Health, not later than two months Order providing for the return of were forfeited to the Minister of seized drugs if the accused was acquitted. If not claimed, they by the minister as he saw fit

Reverse onus

- occupying a place (dwelling, store, substance where unable to prove boutique, warehouse, garden or ship) where a drug is found is Every person possessing or deemed to possess such a that he:
- was in that place without his consent; or
- did not know that drugs were in that place.

• Possession

Indictment

Imprisonment for a term not exceeding 7 years

Summary conviction

- Imprisonment for a term not exceeding 18 months, to which may be added an additional period of 12 months for failure to pay a fine; and / or
- Fine of not less than \$200 and not exceeding \$1,000

Where a person is charged with exporting, importing, making, transporting, selling, giving or distributing raw or prepared opium without first having obtained a license issued by federal authorities, he shall prove that he held such authorization.

Certificate of a federal analyst

Admissibility in evidence of a certificate of a federal analyst respecting one or more drugs seized by police officers

1922 -

Trafficking

Amendments to Act of 1911

- Illegal activities as defined in the prepared opium without a license Act of 1920, with the exception of most offences involving raw or
 - regarding the exportation of raw Continuation of the offence or prepared opium

Indictment

Imprisonment for a term not exceeding 7 years

Summary conviction

- Imprisonment for a term of not less than 6 months and not exceeding 18 months; and
- Fine of not less than \$200 and not exceeding \$1,000

(Deportation of immigrants upon completion of sentence)

Indictment

Selling, giving or distributing

narcotic drugs to a minor,

without a license

Imprisonment for a term of not less than 6 months and not exceeding 7 years

(Whipping at court's discretion)

(Deportation of immigrants upon completion of sentence)

Police powers

Search warrants

- Authorization to conduct a search warrant, in the following places: and seizure of drugs, without a stores, boutiques, warehouses, gardens and ships
- where the police officer requesting dwelling house, with a warrant,, substances will be found there such warrant has reasonable Authorization to to search a grounds to believe that such

Criminal procedure

Reverse onus

- involving raw or prepared opium Repealed in the case of offences
- giving or distributing a drug to a Added for the offence of selling, minor without a license

Possession

Possession

Indictment

 Imprisonment for a term not exceeding 7 years

Summary conviction

- Imprisonment for a term of not less than 6 months and not exceeding 18 months; and
- Fine of not less than \$200 and not exceeding \$1,000

(Deportation of immigrants upon completion of sentence)

- Possession of pipes, lamps or any other equipment used to prepare authorized by federal authorities or use opium, except where
- Summary conviction
- exceeding one month; and / or Imprisonment for a term not
- Fine not exceeding \$100

Legal trade in narcotic drugs

(Physicians)

Refusal to provide information requested by federal authorities relating to the purchase, preparation or prescription of medications containing drugs

exceeding 18 months; and / or

Imprisonment for a term not

Summary conviction

Fine of not less than \$200 and

not exceeding \$1,000

Prescription of drugs for nonmedical purposes particularly if they are not required for treatment of a disease

Summary conviction

- Imprisonment for a term not exceeding 18 months; and / or
- Fine not exceeding \$1,000

(Pharmacists)

Sale of drugs for medical purposes without a prescription written and signed by a physician

- Imprisonment for a term not exceeding 18 months; and / or
- Fine of not less than \$200 and not exceeding \$1,000

- 13 -

Trafficking

Consolidation of the Act of 1911 amendments Legislative and other 1923 -

Exportation or importation, Canada, manufacture, sale, gift or distribution of drugs importation at a port not without a license, or its designated by federal transportation within authorities

Indictment

- Imprisonment for a term of not less than 6 months and not exceeding 7 years; and
- Fine of not less than \$200 and not exceeding \$1,000

Summary conviction

No amendment

sentence than that prescribed by the The court may not impose a lesser

> Selling, giving or distributing narcotic drugs to a minor, without a license

Indictment

- Imprisonment for a term of not less than 6 months and not exceeding 7 years; and
- Fine of not less than \$200 and not exceeding \$1,000

sentence than that prescribed by the (The court may not impose a lesser

Police powers

Powers granted to police officers in 1911 and 1922 maintained

Criminal procedure

Criminal procedures adopted between 1911 and 1922 maintained, with the exception of: Possibility to use a portion of a fine paid by an offender to reward the person who filed the complaint against him

New criminal procedures

Right of appeal

- summary conviction eliminated for the case of a conviction by way of verdict and/or from a sentence in Right of appeal from a guilty the following offences:
- trafficking in or possession of drugs without a license
- selling, giving or distributing drugs to a minor without a license

Indictment

- Imprisonment for a term of not less than 6 months and not exceeding 7 years; and
- Fine of not less than \$200 and not exceeding \$1,000

Summary conviction

No amendment

sentence than that prescribed by the (The court may not impose a lesser Act)

- Possession of pipes, lamps or any other equipment used to prepare authorized by federal authorities or use opium, except where
- Summary conviction
- exceeding 3 months; and / or Imprisonment for a term not
- Fine not exceeding \$100

Reverse onus

- possession or trafficking without a Procedure maintained for license
- Added in the case of offences of exporting or importing a drug without a license
- drug for non-therapeutic purposes substance was used for medical prescribing or administering a Every physician charged with is required to prove that the purposes

Fingerprints and criminal record

Provisions of the Identification of Criminals Act apply to persons convicted by way of summary conviction

Certificate of the federal analyst

certificate prepared by a provincial Authorization to file in evidence a

- Possession of opium prepared for Summary conviction smokers or its use
- exceeding 3 months; and / or Imprisonment for a term not
- Fine not exceeding \$100
- excuse, in a place where opium Being found, without lawful is smoked
- Summary conviction
- exceeding 3 months; and / or Imprisonment for a term not
- Fine not exceeding \$100

Legal trade in narcotic drugs

(Businesses)

- federal authorities, relating to the No amendment distribution of narcotic drugs activities, duly authorized by Refusal to keep a record of importing, exporting, manufacture, sale and
- Summary conviction

(Physicians)

- Prescription of drugs for nonmedical purposes particularly if they are not required for treatment of a disease
- Summary conviction
- No amendment

(Pharmacists)

- Sale of a drug for medical purposes without a prescription written and signed by a physician or the multiple renewal of such prescription
- Summary conviction
- No amendment

transportation in which a drug was any person found on the premises Authorization to seize, without a Addition of the power to search warrant, a motor vehicle, boat, rowboat or any means of Forfeiture of seized drugs Criminal procedure of the search Police powers punoj Searches Summary conviction No amendment No amendment No amendment Indictment Indictment Canada, manufacture, giving, drug without a license, or its Exportation or importation, selling and distributing a importation at a port not designated by a federal transportation within authority Possession Trafficking Possession Amendments to Act of 1923 1925 -

motor vehicle, boat, rowboat or any Order providing for the forfeiture other means of transportation in to the Minister of Health of a which a drug was found penalties provided for by the Act discretion, impose a sentence of

Defence arguments of physicians

of 1923, the court may, at its

hard labour

In addition to the other

Summary conviction

allowing a physician to prescribe a addict so that he could administer drug to a sick person or drug Elimination of the defence it to himself

Legal trade in narcotic drugs

A physician may thus no longer use administers medication to himself treatment authorized under the Opium and Narcotic Drug Act

the defence that a patient who is administering a therapeutic

(Physicians)

on such a substance as a result of who has developed a dependency is designed to treat a drug addict medical purposes, particularly if treatment of a disease, or which Prescription of drugs for nonthey are not required for the abusing it

Indictment

Imprisonment for a term of not less than 3 months and not exceeding 5 years

Summary conviction

- exceeding 18 months; and / or Imprisonment for a term not
- Fine of not less than \$200 and not exceeding \$1,000
- The court may, at its discretion, impose a sentence of hard

(Pharmacists)

Sale of a drug for medical purposes renewal of such a prescription on a signed by a physician and without without a prescription written and authenticating the signature, or number of occasions

Summary conviction

No amendment

Trafficking

Consolidation of Act of 1923 and amendments Legislative other

which falsely claims is a drug preparing, giving, selling and license, importation at a port transporting within Canada, not designated by federal Exporting or importing, substance the owner of distributing without a authorities, a drug or

Drug trafficking by mail

Indictment

- No amendment
- Summary conviction
- No amendment

court may, at its discretion, impose provided for by the Act of 1923, the (In addition to the other penalties a sentence of whipping)

Indictment

- Imprisonment for a term of not less than 6 months and not exceeding 7 years; and
- Fine of not less than \$200 and not exceeding \$1,000

Summary conviction

- Imprisonment for a term of not exceeding 18 months; and / or less than 6 months and not
- Fine of not less than \$200 and not exceeding \$1,000

Police powers

Writ of assistance

- assistance in the context of a police Possibility of obtaining a writ of operation conducted under the Opium and Narcotic Drug Act
- obligation to obtain a warrant to This new provision made it possible to circumvent the search a dwelling house

Seizure and forfeiture

- lamps and any other equipment or Expanded powers of seizure and forfeiture previously provided in the various parts thereof used to the Act with respect to pipes, prepare or use opium
- forfeiture previously provided for in the Act with respect to money used Extended powers of seizure and to purchase drugs
- Police officers can also be assisted Authorization to resort to force, if necessary, to conduct a search. by other persons

Possession

 Possession of drugs (or of a substance the owner of which falsely claims is a drug), without a license, for non-therapeutic purposes

(In addition to the other penalties provided for by the Acts of 1923 and 1925, the court may, at its discretion, impose a sentence of whipping)

Indictment

No amendment

Summary conviction

No amendment

(In addition to the other penalties provided for by the Acts of 1923 and 1925, the court may, at its discretion, impose a sentence of whipping)

Possession of pipes, lamps, any other equipment or the various parts thereof used to prepare or use opium, except where authorized by federal authorities

Summary conviction

- Imprisonment for a term not exceeding 3 months; and / or
- Fine not exceeding \$50

Expansion of the power to seize and confiscate a motor vehicle, boat, rowboat or any other means of transportation <u>used by a trafficker convicted of an offence under the Act, regardless of whether it contained drugs</u>

Criminal procedure

Reverse onus

- In any case involving trafficking in, or unlawful possession of, a drug or substance in which the owner falsely claims is a drug, Crown prosecutor is not required to establish that the accused did not have authorization duly issued by federal authorities to commit one of the offences with which he was charged
- If the accused alleged that he had such authorization, the burden of proof was on him

smokers or its use

Summary conviction

Certificate of the federal analyst

- exceeding 3 months; and / or Imprisonment for a term not
- Fine not exceeding \$50

which may be added a term of imprisonment not exceeding 12 months for failure to pay Fine not exceeding \$500 to

Legal trade in narcotic drugs

(Physicians)

medical purposes, particularly if they are not required for the treatment of developed a dependency on such a substance as a result of abusing it a disease, or which is designed to Prescription of drugs for nontreat a drug addict who has

Summary conviction

Obtaining drugs from two

physicians

Summary conviction

(No amendment)

sentence than that prescribed by the (The court may not impose a lesser

Act)

- provincial analyst, stipulating that, Amendments to the procedure for peremptory evidence of the status henceforth, that document would of the person giving or issuing it admissibility in evidence of the certificate of the federal or constitute prima facie and
- authentication of his signature was In the circumstances, proof of the appointment of that analyst or not necessary

Right of appeal

Repeal of the provision eliminating

Writ of certiorari

recourse to a writ of certiorari

- Expanded the prohibition against and/or sentence in the case of a appealing from a guilty verdict summary conviction for the following offence:
- a substance the owner of which possession of, or trafficking in, falsely claims is a drug

(Pharmacists)

Selling or administering a product containing quantities of drugs exceeding the limits prescribed by the Act and without appropriate labelling to a child less than 2 years of age

Summary conviction

(First offence)

• Fine not exceeding \$100

(Subsequent offences)

- Imprisonment for a term not exceeding 3 months; and / or
- Fine not exceeding \$100
- Refusal to keep a record of drug purchases and sales, the making of medications containing such substances and the renewal of prescriptions issued by a physician
- Summary conviction
- Imprisonment for a term not exceeding 18 months; and / or
- Fine of not less than \$200 and not exceeding \$1,000

No amendment

Amendments to Act of 1929

No amendment

Criminal procedure

Right of appeal

- guilty verdict and/or a sentence in the case of a summary conviction prohibition from appealing of a Significant expansion of the for the following offences:
- drug addict who has developed medical purposes, particularly if they are not required for the Prescribing of a drug for nonwhich is intended to treat a treatment of a disease, or a dependency to such a substance as a result of abusing it (physicians);
- required by federal authorities refusal to provide information preparation of prescription of medications containing drugs relating to the purpose, (physicians);
- obtaining drugs from two physicians;

Procedure

- product containing quantities of drugs exceeding the limits prescribed by the Act and without appropriate labelling to a child under 2 years of age (pharmacists);
- refusal to keep a record of drug purchases and sales, the preparation of medications containing such substances and the renewals of prescriptions issued by a physician (pharmacists);
- unlawful possession of pipes, lamps and any other equipment or the various parts thereof used to prepare or use opium; and
- drug trafficking by mail

1938 -

Trafficking

poppy or cannabis sativa Cultivation of the opium without a licence

> Amendments to Act of 1929

Indictment

- Imprisonment for a term of not less than 6 months and not exceeding 7 years
- Fine of not less than \$200 and not exceeding \$1,000

Summary conviction

- Imprisonment for a term of not less than 6 months and not exceeding 18 months
- Fine of not less than \$200 and not exceeding \$1,000

(Deportation of immigrants whipping)

Possession

No amendment

Legal trade in narcotic drugs

No amendment

Criminal procedure

Right of appeal

- and/or sentence in the case of a appealing from a guilty verdict Repeal the prohibition against summary conviction for the following offence:
- obtaining drugs from two physicians

DESCRIPTION OF THE PARTY OF THE
M A
Botane C. Sell
- 7: · 9
Brown of 12 St.
and the
1 (g. 1 - 1)
School St.
3 1 1 1 m
\$ 600 K m
Section of the second
1000
1.4.4
200 000
- 100
. 10 1000
Roser 12,538
B - 3555
With Sales State of the Sales St
Fr N 388
1077 ST 14 200
0.000
A 100 A
MASS 49
32 33
1
91.7789
BS: 1 - 28
Marie . All
BF249112
聯合學學
100 AC 1
F
BC 34 - 483
187-1977
B(* 100)
Barren X

1946 – Trafficking

selling, giving, <u>illegally</u> administering or distributing drugs to a minor (1921)

Act of 1929

No amendment

Criminal procedure

Reverse onus

 Applicable to the offence of cultivation of cannabis sativa or the opium poppy without a licence

Trafficking Amendments to Act of 1929 1954 -

Repealed sentence of forced (apour) Repealed provisions respecting the were transferred to the Immigration Act in 1952, but still applied to drug deportation of immigrants. They offences)

Indictment

- Imprisonment for a term not exceeding 14 years
- Whipping (at court's discretion)

drug or substance the owner of which claims is a narcotic drug

administering, transportation,

Importation, exportation, manufacture, sale, delivery and distribution of a

Possession for the purpose of trafficking

Indictment

Imprisonment for a term not exceeding 14 years

Whipping (at court's discretion)

Police powers

Seizure and forfeiture

forfeiture to exclude the equipment used to prepare or smoke opium Amended powers of seizure and (offences repealed)

Criminal procedure

Reverse onus

- Possession for the purpose of trafficking
- been illegally in possession of In every criminal prosecution purpose of trafficking, Crown involving possession for the the drug. Otherwise, he was prosecutor was required to prove that the accused had acquitted
- trafficking. If he did so, he was respondent had to prove that substance for the purpose of convicted of possession, In the contrary case, the otherwise of trafficking he did not possess the

Cultivation of the opium poppy or cannabis sativa without a license

No amendment

(Repeal of the offence of selling, giving or administering a drug to a minor)

(Repeal of the offence of drug trafficking by mail)

Possession

Possession

Indictment

 Imprisonment for a term of not less than 6 months and not exceeding 7 years

Summary conviction

• Imprisonment for a term of not less than 6 months and not exceeding 18 months

(Whipping (at court's discretion))

(The court may not impose a lesser sentence than the minimum prescribed by the Act)

(Repeal of the offence of possessing opium prepared for smokers or use of such a substance) (Repeal of the offence of being found in a place where opium is smoked)

Repeal of the offence of possession equipment and the various parts thereof used to prepare or use of pipes, lamps or any other opium)

Legal trade in narcotic drugs

No amendment

	O. C.	Prurities	Police Powers - Criminal Procedure
1961 –	Trafficking	(Repeal of sentence of whipping)	Police powers
Narcotic	Illegal activities defined in the	Indictment	Writ of assistance
Control Act	Act of 1954, with the exception of the offences of importing and exporting	• Imprisonment for a term not exceeding 25 years (life)	Provision maintained without amendment
	A		Searches
	acts, this offence was extended to include substances falsely		Continuation of provisions authorizing searches without a
	presented by a trafficker as being scheduled drugs		warrant of any place and of persons found there (with the exception of
		;	a dwelling house) where police officers have reasonable grounds to

Indictment

Exporting and importing

Imprisonment for a term of not less than 7 years and not exceeding 25 years (life)

Indictment

Possession for the purpose of

trafficking

 Imprisonment for a term not exceeding 25 years (life)

- equipment used to make or use believe there are drugs or them
- stipulating that a police officer may force entry, break in a wall or ceiling or break objects that might necessary, to conduct a search, authorizing the use of force, if Continuation of provisions contain drugs

Polks Powers - Commun

cannabis sativa without a licence Cultivation the opium poppy or

Possession

Possession

Indictment

Imprisonment for a term not exceeding 7 years

Indictment

 Imprisonment for a term not exceeding 7 years

Legal trade in narcotic drugs

- Transfer to the regulations of the between 1911 and 1946 respecting statutory provisions enacted the legal trade in drugs
- Governor in Council respecting administration, prescription, record keeping and offences pharmacists involving sale, businesses, physicians and the legitimate activities of Regulations made by the production, distribution,

Summary conviction

- exceeding 6 months; and / or Imprisonment for a term not
- Fine not exceeding \$500

providing that a police officer may obtain the assistance of a person whom he designates to carry a Continuation of the procedure search

Criminal procedure

Reverse onus

- adopted in 1954 in the case of the ourpose of trafficking, with a few procedure and guarantee greater compliance with the principle of Continuation of the procedure the presumption of innocence offence of possession for the amendments to clarify the
- under a government authorization providing that an accused must therapeutic or scientific reasons prove that he acted lawfully, for Continuation of the procedure

Certificate of a federal or provincial analyst

with the stipulation that the analyst Continuation of this provision, would be appointed under the Food and Drugs Act.

Preventive detention

indeterminate period of time, in importing drugs, the court may lieu of any other sentence that possession for the purpose of order the accused placed in preventive detention for an For offences of trafficking, trafficking, exporting or might be imposed

This provision was never proclaimed in force)

Treatment

- regarding possession, trafficking, exporting drugs, the court, may, prosecutor, remand the accused determine whether he is eligible upon application by the Crown to custody for examination to possession for the purpose of trafficking and importing or for an addiction treatment In the case of the offences program
- period of time in lieu of any other shall be sentenced to custody for sentence provided for by the Act treatment for an indeterminate If such is the case, the accused

Forfeiture

- the Minister of Health and Welfare equipment and money used to use, following an offence of possession, manner provided for by regulation) make or purchase such substance import/export (The minister may Continuation of the forfeiture to dispose of the substances in the trafficking, possession for the of drugs, syringes, needles, purpose of trafficking or
- means of transportation used for allowing forfeiture of any motor Continuation of the procedure vehicle, aircraft, ship or other exporting or importing drugs the purpose of trafficking,

Restitution

their forfeiture to the Minister of providing for an order to restore making or use of drugs prior to drugs or objects related to the Continuation of the system Health and Welfare But, certain criteria apply before a court orders restitution:

- In the case of a first offence, preventive detention may not exceed 10 years
- The accused has a right of appeal, is subject to the Parole Act and, at any time, may be referred to preventive detention if he uses drugs during his probation period
- Where a province adopts a preventive detention policy and an addiction treatment program (in cases not involving an offence under the Act), the federal government may enter into an agreement with the competent provincial authorities to transfer addicts to specialized federal institutions.

(These provisions were never proclaimed in force)

- Application must be made to the court not later than two months after the seizure;
- a If it is satisfied that the applicant is not involved in the offence and if it is satisfied that they will not be necessary to the prosecution of an investigation or criminal case, the court shall immediately return the drugs or objects seized,
- However, where the court decides otherwise, they will not be restored until the end of the trial or upon expiry of a period of four months if no prosecution is commenced against the accused

The applicant has a right of appeal

Application by third parties

• Creation of a system authorizing a third party (a person who have not been involved in the offence) to apply to the court for an order to restore an aircraft, motor vehicle, ship or any other means of transportation.

Police Powers - Crimina

The procedures that applied for the issuing of such an order were similar to those described above for the return of seized objects.

The third party had a right of appeal

Right of appeal

 Repeal of the prohibition to appeal from a guilty verdict or a sentence for certain offences

Fingerprints and criminal record

Repeal of the provision making the Identification of Ctiminals Act applicable to persons convicted by summary conviction (1923)

1961 -

Food and Drugs

Addition of Part III to the Food and Drugs Act - Barbiturates and amphetamines

Trafficking

(Controlled drugs - Schedule G)

controlled drug without the transportation, exportation, importation or delivery of a authorization of federal Manufacture, sale, authorities Exclusion of the administration or distribution of such substances)

Possession for the purpose of trafficking Possession for the purpose of trafficking

Indictment

Imprisonment for a term not exceeding 10 years

Summary conviction

Imprisonment for a term not exceeding 18 months

Indictment

 Imprisonment for a term not exceeding 10 years

Summary conviction

Imprisonment for a term not exceeding 18 months

Police powers

possession of controlled drugs Police powers similar to those provided for by the Narcotic Control Act of 1961, which, however, do not apply to

Criminal procedure

those provided for by the Narcotic Criminal procedures similar to possession of controlled drugs however, do not apply to the Control Act of 1961, which,

Legal trade in controlled drugs

Regulations made by the Governor in Council

Summary conviction

- Imprisonment for a term not exceeding 6 months; and / or
- Fine not exceeding \$500

Addition of Part IV to the Food and Drugs Act - Hallucinogenics

(Restricted drugs - Schedule J)

Food and Drugs

Trafficking

transportation, exportation, importation or delivery of a restricted drug without the authorization of federal Manufacture, sale, authorities

distribution of such substances) (Exclusion of administration or

Possession for the purpose of trafficking Possession for the purpose of trafficking

Indictment

Imprisonment for a term not exceeding 10 years

Summary conviction

Imprisonment for a term not exceeding 18 months

Indictment

 Imprisonment for a term not exceeding 10 years

Summary conviction

Imprisonment for a term not exceeding 18 months

Police powers

those provided for in that part, they provided for in Part III. Unlike Police powers similar to those also apply to possession of restricted drugs

Criminal procedure

part, they also apply to possession Unlike those provided for in that Criminal procedures similar to those provided for by Part III. of restricted drugs

Certificate of the federal or provincial analyst

federal or provincial analyst at trial admissibility of the certificate of a Amendment to the procedure for

certificate of the analyst appointed That document constituted prima facie and peremptory evidence of the status of the person who gave under the Food and Drugs Act. could admit into evidence the Under the Act of 1961, a court or issued it.

Possession

Possession

Indictment

- Imprisonment for a term not exceeding 3 years; or
- Fine of \$5,000

Summary conviction

First offence

- exceeding 6 months; and / or Imprisonment for a term not
- Fine not exceeding \$1,000

Subsequent offences

- Imprisonment for a term not exceeding one year; and / or
- Fine not exceeding \$2,000

appointment of that person or to neither necessary to prove the In the circumstances, it was authenticate his signature.

person who signed the certificate. orally under oath, by affidavit or prosecutor to prove that status by solemn declaration of the That person did not have to In 1969, this procedure was amended to enable Crown appear in court

to be examined or cross-examined the analyst to appear before him However, a judge could require information contained in the so as to better assess the

affidavit or solemn declaration

Legal trade in restricted drugs

Regulations made by the Governor in Council

Summary conviction

- Imprisonment for a term not exceeding 18 months; and / or
- Fine of \$500

500000000000000000000000000000000000000	
BOOK STORES	1000
38600 F 12	
1000	36
200	Æ
1000000	
\$200	200
	À
100 S 3000	-6
	1
1990 July	1
100	1
1 1 1 1 1	3
-	-3
publica "	
	100
	66
10 AY 65 50 3	
10000	
- E-3	
Control of the	
7.7	
1	
8 35 8	
10000	
1827 13	
100 C. S.	
10 TO	
S- 2-2-5	31
8. 35 3	83
S	2
23-1	120
F *** \$62.70.3	
Samuel Control	
Section 1	
1	
19	
100000	
10000	
1000 N. 150	86
100000	
3.7533	
1871-19	
14 3 TO S.	
職務公司	
Marie Control	
1940	
William of the same of the	
4	
2	
2	
Ė	
SHIP	
Ė	
ŧ	
SHELL	
	· · · · · · · · · · · · · · · · · · ·
STEP STEP STEP STEP STEP STEP STEP STEP	の一般の大学とは、日本の一般の一般の一般の一般の一般の一般の一般の一般の一般の一般の一般の一般の一般の
	のでは、大学には、このではでは、このでは、ないでは、ないでは、ないでは、ないでは、ないでは、ないでは、ないでは、ない
Office	のでは、大学には、このではでは、このでは、ないでは、ないでは、ないでは、ないでは、ないでは、ないでは、ないでは、ない

Indictment Possession Amendments to Control Act Narcotic -6961

 Imprisonment for a term not exceeding 7 years

Summary conviction

Certificate of the analyst Criminal procedure

made to the Food and Drugs Act Amendments identical to those

First offence

- exceeding 6 months; and / or Imprisonment for a term not
- Fine not exceeding \$1,000

Subsequent offences

- exceeding one year; and / or Imprisonment for a term not
- Fine not exceeding \$2,000

Act of 1985 –

Possession

Act of 1965 – Amendments to

Act of 1961

Disclosure of previous prescriptions to a physician

(This new offence was designed to exprevent a person from consulting two physicians at the same time to obtain Summ drugs. It is similar to the provision introduced in the Opium and Narcotic Drug Act in 1929 prohibiting anyone from obtaining Indrugs from two physicians) exercises

Indictment

Imprisonment for a term not exceeding 7 years

Summary conviction (First offence)

- Imprisonment for a term not exceeding 6 months; or
- Fine not exceeding \$1,000

(Second offence)

- Imprisonment for a term not exceeding one year; or
- Fine not exceeding \$2,000

Police powers

Searches

Abolition of the writ of assistance

Criminal procedure

 Repeal of the reverse onus provision for the offence of possession of drugs for the purpose of trafficking

Act of 1988 -

Trafficking

Exporting and importing

Amendments to

Act of 1961

In 1987, the Supreme Court of Canada of imprisonment for a term of not less unconstitutional to impose a sentence ruled in R. v. Smith that it was than 7 years)

Possessions of property obtained through drug trafficking

foreign country where those offences are committed by Canadian citizens) importing drugs in Canada or in a This new offence applies to the illegal activities of cultivating, trafficking in, exporting and

Indictment

Imprisonment for a term not exceeding 25 years (life)

(Value of more than \$1,000)

Indictment

 Imprisonment for a term not exceeding 10 years

(Value of less of than \$1,000)

Indictment

 Imprisonment for a term not exceeding 2 years

Police powers

obtained through drug trafficking and laundering the proceeds of crime also offences of possession of property apply to the Narcotic Control Act detention powers relating to the concerning search, seizure and The Criminal Code provisions

Criminal procedure

relation to the offences of possession of concerning forfeiture and restoration, proceeds of crime also apply to the management of property seized in property obtained through drug third party applications and the The Criminal Code provisions trafficking and laundering the Narcotic Control Act

- exceeding 6 months; and / or Imprisonment for a term not
- Fine not exceeding \$2,000
- Laundering the proceeds of crime

foreign country where those offences are committed by Canadian citizens) importing drugs in Canada or in a (This new offence applies to the illegal activities of cultivating, trafficking in, exporting and

Indictment

 Imprisonment for a term not exceeding 10 years

Summary conviction

- exceeding 6 months; and / or Imprisonment for a term not
- Fine not exceeding \$2,000

- 44 -

-9661

Controlled Drugs and Substances Act

Schedule I: Opiates (opium, morphine, heroin, codeine, cocaine, morphinans, etc.)

Schedule II: Cannabis (marijuana), hashish, cannabinol, etc.

Schedule III: Amphetamines and hallucinogenics (mescaline, LSD, DET, PCP)

Schedule IV: Barbiturates, benzodiazepines (Seconal, Luminal, Valium and Librium) and anabolic steroids Schedule V: Other substances giving rise to abuse

Schedule VI: Precursors (similidrugs and designer drugs)

Schedule VII: Cannabis trafficking

Under 3 kg of cannabis (marijuana) or hashish

Schedule VIII: Cannabis possession

Under:

- 1 gram of hashish; or
- 30 grams of cannabis

Police powers

Search and seizure

searches and seizures without a warrant

Repeal of the right to conduct

- Search or seizure without a warrant
 allowed in exigent circumstancts
- Continuation of procedures for the seizure of a means of transportation, an object or a designated substance with the use of force, if necessary, or assistance of persons other than police officers

However, following a search or seizure with or without a warrant, police officers are required to send a report to the justice of the peace and to the Minister of Health stating:

- the place of the search;
- the designated substance; and
- the place where that substance was stored

Trafficking or possession for the purpose of trafficking

Administration, gift, transportation, dispatch, and delivery of a designated substance, or any other activity outside the regulatory framework

(Designated substance includes: natural and synthetic drugs, any other substance the owner of which falsely claims is a drug and objects used to use, make or store a drug)

Schedules I and II

Indictment

Imprisonment for a term not exceeding 25 years (life)

Schedule III

Indictment

Imprisonment for a term not exceeding 10 years

Summary conviction

• Imprisonment for a term not exceeding 18 months

- Extension of powers of search already provided for by the Narcotic Control Act to:
- real property and those modified for criminal purposes (premises of criminal organizations); and
- where police officers have reasonable grounds, to any other object which might establish evidence of an offence
- Validity of a search warrant in a province other than the one where it was given

Policy immunity

• In 1996, the Controlled Drugs and Substances Act allowed the Governor in Council to authorize by regulations police officers to possess and traffic in designated substances sting operations

(Currently, sections 4, 5, 6, 7, 8 and 9 of the CDSA prohibit possession, possession for the purpose of trafficking, importing, exporting, producing narcotics, possession of

Schedule IV

Indictment

Imprisonment for a term not exceeding 3 years

Summary conviction

Imprisonment for a term not exceeding one year

Schedule VII

Indictment

Imprisonment for a term not exceeding 5 years less a day

Cultivation or production

Schedules I and II (except cannabis)

Indictment

Imprisonment for a term not exceeding 25 years (life)

Cannabis

Indictment

Imprisonment for a term not exceeding 7 years

activity and laundering of proceeds property obtained by criminal of crime.

relating to the Narcotic Control Act However, section 3 of the Narcotic provision existed in the regulations possess drugs for the purposes of or in relation to their duties. This inspectors and police officers to Control Regulations authorizes to prevent a police officer from being charged with possession following a search) In addition, the police enforcement peace officers from the application at all times be active members of a concerned by that provision must Controlled Drugs and Substances Act provides for an exemption for of sections 4, 5, 6, 78 and 9 of the police force and must be found in the performance of their duties Act. In that case, the persons regulations made under the during the investigation in question)

Code was amended (Bill C-24) to conditions, legal immunity when required to commit an indictable In December 2001, the Criminal grant police officers, on certain

Schedule III

Indictment

• Imprisonment for a term not exceeding 10 years

Summary conviction

• Imprisonment for a term not exceeding 18 months

Indictment

Schedule IV

• Imprisonment for a term not exceeding 3 years

Summary conviction

• Imprisonment for a term not exceeding one year

Indictment

Exporting and importing

Schedules I and II

• Imprisonment for life (25 years) Indictment

Schedules III and VI

• Imprisonment for a term not exceeding 10 years

Summary conviction

investigation or operation to infiltrate a criminal or terrorist organization. However, they are granted no legal immunity if they commit the following offences: murder, manslaughter, bodily harm, obstructing the administration of justice and sexual assault.

Criminal procedure

Sentencing

Definition of guiding principles for sentencing (compliance with the Act, maintaining a just and peaceful society, social reintegration, treatment and reparation of harm caused to victims)

Definition of aggravating circumstances:

use of a weapon;

resorting to violence;

trafficking in a substance designated under Schedules I, II, III and IV with a minor or on a school ground

Imprisonment for a term not exceeding 18 months

Schedules IV or V

Indictment

 Imprisonment for a term not exceeding 3 years

Summary conviction

Imprisonment for a term not exceeding one year

- prior convictions under the
- and use of a minor to commit an offence
- imprisonment in cases involving aggravating circumstances must give reasons for that decision Any court that decides not to impose a sentence of

Forfeiture

- Continuation of the provision allowing forfeiture of:
- designated substances;
- trafficking (expands powers to include ordinary real property or real property modified for means of transportation and property acquired by drug criminal purposes); and
- proceeds of crime
- Crown prosecutor. He must prove parties, stipulating, however, that the application must be made by that the property is necessary to regarding applications by third Continuation of the procedure

through trafficking in designated Possession of property obtained substances

Canada or in a foreign country where in, exporting and importing drugs in activities of cultivating, trafficking This offence applies to the illegal those offences are committed by Canadian citizens)

(Value of more than \$1,000)

Indictment

 Imprisonment for a term not (Value of less of than \$1,000) exceeding 10 years

Indictment

Imprisonment for a term not exceeding 2 years

Summary conviction

- exceeding 6 months; and / or Imprisonment for a term not
- Fine not exceeding \$2,000

Laundering of the proceeds of

Canada or in a foreign country where in, exporting and importing drugs in This n offence applies to the illegal activities of cultivating, trafficking those offences are committed by Canadian citizens and is more particularly aimed at money laundering)

Indictment

 Imprisonment for a term not exceeding 10 years

Summary conviction

- exceeding 6 months; and / or Imprisonment for a term not
- Fine not exceeding \$2,000

the investigation and prosecution. that the property is necessary to automatically returned to the Otherwise, property is

- respect of offence-related property, real property and proceeds of crime Creation of a restraint order in
- designated substances in order to Creation of a separate procedure for restoring or disposing of clarify the provisions of the Narcotic Control Act in this respect
- proceeds of crime may be forfeited and Government Services Canada to the Minister of Public Works or the Solicitor General of a Possibility that property or province.

Federal inspectors

inspectors appointed by the federal governing legal trade of designated government to enforce regulations Definition of the powers of substances.

Inspectors may:

Offices

Possession

Possession

Schedule I

Indictment

Imprisonment for a term not exceeding 7 years

Summary conviction

- Imprisonment for a term not exceeding 6 months; and / or
- Fine not exceeding \$1,000

Schedule II

Indictment

 Imprisonment for a term not exceeding 5 years less a day

Summary conviction

(First offence)

- Imprisonment for a term not exceeding 6 months; and / or
- Fine not exceeding \$1,000

- enter (with the consent of one of the occupants), examine and search, without a warrant any place, equipment or receptacle used to produce or store a designated substance or precursor;
- search any dwelling house,
 with a warrant used to produce or store a designated substance or precursor;
- take away any computer
 hardware used to store
 information on designated
 substances or precursors;
- seize such substances if necessary and return them in accordance with the regulations; and
- use force or be accompanied by a police officer to execute their warrant

Arbitration and designated regulations

Creation of a special procedure the Governor in Council may designate regulations – known as "designated regulations" – the (Subsequent offences)

- Imprisonment for a term not exceeding one year; and / or
- Fine not exceeding \$2,000

Summary conviction

Schedule VIII

- exceeding 6 months; and / or Imprisonment for a term not
- Fine not exceeding \$1,000

Schedule III

Indictment

 Imprisonment for a term not exceeding 3 years

Summary conviction

(First offence)

- exceeding 6 months; and / or Imprisonment for a term not
- Fine not exceeding \$1,000

with under special administrative contravention of which is dealt orders

investigator into offences under the made under designated regulations Creates an arbitration mechanism enabling pharmacists, physicians by the Department of Health and and businesses to dispute orders following an investigation by an designated regulations

(Subsequent offences)

- exceeding one year; and / or Imprisonment for a term not
- Fine not exceeding of \$2,000 .
- prescriptions to a physician Disclosure of previous (1985)

Indictment

Schedule I

 Imprisonment for a term not exceeding 7 years

Summary conviction

(First offence)

- exceeding 6 months; and / or Imprisonment for a term not
- Fine not exceeding \$1,000

(Subsequent offences)

- exceeding one year; and / or Imprisonment for a term not
- Fine not exceeding \$2,000 .

Schedule II

Indictment

 Imprisonment for a term not exceeding 5 years less a day

Summary conviction

(First offence)

- Imprisonment for a term not exceeding 6 months; and / or
- Fine not exceeding \$1,000

(Subsequent offences)

- Imprisonment for a term not exceeding one year; and / or
- Fine not exceeding \$2,000

Schedule III

Indictment

• Imprisonment for a term not exceeding 3 years

- 54 -

Summary conviction

(First offence)

- exceeding 6 months; and / or Imprisonment for a term not
- Fine not exceeding \$1,000

(Subsequent offences)

- Imprisonment for a term not exceeding one year; and / or
- Fine not exceeding \$2,000

Schedule IV

Indictment

 Imprisonment for a term not exceeding 18 months

Summary conviction

(First offence)

- exceeding 6 months; and / or Imprisonment for a term not
- Fine not exceeding \$1,000

(Subsequent offences)

- Imprisonment for a term not exceeding one year; and / or
- Fine not exceeding \$2,000

Legal trade in narcotic drugs

• Regulations made by the Governor in Council

Indictment

- Imprisonment for a term not exceeding 3 years; and / or
- Fine not exceeding \$5,000

Summary conviction

- Imprisonment for a term not exceeding 6 months; and / or
- Fine not exceeding \$1,000

Therapeutic use of cannabis

Authorization to use this designated substance for therapeutic or scientific purposes

Under section 56 of the Act, the Minister of Health may on such terms and conditions as he may

broad and contrary to section 7 of for therapeutic purposes was too held that the minister's power to Ontario Court of Appeal in R. v. In July 2000, this procedure was grant an exemption to allow the use of marijuana or other drugs the Canadian Charter of Rights ruled unconstitutional by the Parker. At the time, the court and Freedoms (liberty and security of the person, fundamental justice)

regulations in July 2001 allowing the therapeutic use of cannabis To correct the situation, the federal government made

Preventive detention (1961)

Provision repealed

Detention for treatment (1961)

Provision repealed



LE CANNABIS:

POSITIONS POUR UN RÉGIME DE POLITIQUE PUBLIQUE POUR LE CANADA

RAPPORT DU COMITÉ SPÉCIAL DU SÉNAT SUR LES DROGUES ILLICITES

VOLUME IV: ANNEXES

PRÉSIDENT

PIERRE CLAUDE NOLIN

VICE-PRÉSIDENT

COLIN KENNY

ANNEXE I

MEMBRES ET PERSONNEL DU COMITÉ SPÉCIAL DU SÉNAT SUR LES DROGUES ILLICITES

1. MEMBRES DU COMITÉ SPÉCIAL DU SÉNAT SUR LES DROGUES ILLICITES

L'Honorable Pierre Claude Nolin (Président)

L'Honorable Colin Kenny (Vice-président)

L'Honorable Tommy Banks

L'Honorable Eileen Rossiter

L'Honorable Shirley Maheu

L'Honorable John Lynch-Staunton *

L'Honorable Sharon Carstairs***

L'Honorable Noël A. Kinsella *

L'Honorable Fernand Robichaud *

2. AUTRES SÉNATEURS AYANT PARTICIPÉ AUX TRAVAUX DU COMITÉ

L'Honorable Michel Biron L'Honorable Laurier LaPierre L'Honorable Pat Carney L'Honorable Jean Lapointe L'Honorable Thelma Chalifoux L'Honorable Edward M. Lawson L'Honorable Ione Christensen L'Honorable Lorna Milne L'Honorable Ethel M. Cochrane L'Honorable Yves Morin L'Honorable Pierre De Bané L'Honorable Lucie Pépin *** L'Honorable Consiglio Di Nino L'Honorable Marie-P. Poulin L'Honorable Joyce Fairbairn L'Honorable Marcel Prud'homme L'Honorable Sheila Finestone L'Honorable Gerry St. Germain L'Honorable J. Michael Forrestall L'Honorable Peter A. Stollery L'Honorable Jerahmiel S. Grafstein L'Honorable Terry Stratton L'Honorable Mobina S.B. Jaffer L'Honorable John Wiebe

L'Honorable Lois M. Wilson

^{*} Membres d'office

^{**} L'Honorable Sharon Carstairs a été membre du Comité d'avril 2000 à octobre 2000

^{***} L'Honorable Lucie Pépin a été membre du Comité d'avril 2000 à octobre 2000.

3. PERSONNEL DU COMITÉ SPÉCIAL SUR LES DROGUES ILLICITES

3.1 GREFFIERS

Blair Armitage (Greffier)

Daniel Charbonneau (Greffier suppléant)

Adam Thompson (Greffier suppléant)

3.2 RECHERCHE

Daniel Sansfaçon (Directeur de la recherche)

Gérald Lafrenière

(Analyste -- Bibliothèque du Parlement)

Chantal Collin

(Analyste -- Bibliothèque du Parlement)

Lyne Casavant

(Bibliothèque du Parlement)

Benjamin Dolin

(Bibliothèque du Parlement)

Nancy Miller Chenier

(Bibliothèque du Parlement)

François Dubois

(Bureau du sénateur Pierre Claude Nolin)

Mollie Dunsmuir

(Bibliothèque du Parlement)

Daniel Dupras

(Bibliothèque du Parlement)

David Goetz

(Bibliothèque du Parlement)

Anthony Jackson

(Bibliothèque du Parlement)

Rebecca Jesseman

(Comité spécial sur les drogues illicites)

Diane Leduc

(Bibliothèque du Parlement)

Martine Leroux

(Bureau de la sénatrice Shirley Maheu)

Robin MacKay

(Bibliothèque du Parlement)

Jeffrey Myers

(Comité spécial du Sénat sur les drogues illicites)

Sonya Norris

(Bibliothèque du Parlement)

Emmanuel Préville

(Bibliothèque du Parlement)

Jay Sinha

(Bibliothèque du Parlement)

Leah Spicer

(Bibliothèque du Parlement)

Barbara B. Wheelock

(Bureau de la sénatrice Eileen Rossiter)

3.3 ADMINISTRATION

Lise Bouchard

(Direction des comités et de la législation privée)

Nicole Bouchard

(Bureau du sénateur Pierre Claude Nolin)

Martine de Launière

(Comité spécial du Sénat sur les drogues illictes)

Krista Durrell

(Direction des comités et de la législation privée)

Keli Hogan

(Direction des comités et de la législation privée)

Mireille Khouri

(Direction des comités et de la législation privée)

Nathalie Lemay-Paquette

(Direction des comités et de la législation privée)

Brigitte Martineau

(Direction des comités et de la législation privée)

Liliane Poiré

(Bureau du sénateur Pierre Claude Nolin)

3.4 COMMUNICATIONS

Diane Boucher et son équipe

(Direction des communications du Sénat)

Jean-Guy Desgagné

(Conseiller spécial – Comité du sénat sur les drogues illicites) David Newman

(Newman Communications)

3.5 INTERPRÈTES, TRADUCTEURS ET STÉNOGRAPHES

Sténographes officiels du Sénat

(Direction des débats et publications du Sénat)

Traducteurs

(Bureau de la traduction)

Interprètes

(Bureau de la traduction)

Thérèse Alier (Éditrice privée)

ANNEXE II

LISTE DES TÉMOINS

NOM	ORGANISATION	DATE ET LIEU DE COMPARUTION
Cathy Airth	Santé Canada	10 juin 2002
	Directrice intérimaire, Bureau de la stratégie antidrogue canadienne, Direction générale de la santé environnementale et de la sécurité des consommateurs	Ottawa, Ontario
	(Ottawa, Ontario)	
Bruce Alexander	Université Simon Fraser	23 avril 2001
	Professeur, Département de psychologie	Ottawa, Ontario
	(Victoria, Colombie-Britannique)	
Lindsay Armitage	À titre personnel	13 mai 2002
		Regina, Saskatchewan
Lyell Armitage	District de santé de Regina	13 mai 2002
	Ancien directeur, Services aux alcooliques et aux toxicomanes	Regina, Saskatchewan
	(Regina, Saskatchewan)	
	Expert invité lors d'une assemblée publique	
Guy Ati Dion	Université de Montréal	29 octobre 2001
	(Montréal, Québec)	Ottawa, Ontario
George Bailey	À titre personnel	14 mai 2002
		Richmond, Colombie- Britannique

NOM	ORGANISATION	DATE ET LIEU DE COMPARUTION
Linda Barnes	Ville de Richmond	14 mai 2002
	Conseillère municipale	Richmond, Colombie- Britannique
	(Richmond, Colombie-Britannique)	Dittainique
Pat Baumet	À titre personnel	13 mai 2002
		Regina, Saskatchewan
David Beall	Commission interaméricaine de lutte contre l'abus des drogues	18 mars 2002
	Secrétaire exécutif	Ottawa, Ontario
	(Washington (D.C.) – États-Unis d'Amérique)	
Line Beauchesne	Université d'Ottawa	16 octobre 2000
	Professeure, Département de criminologie	Ottawa, Ontario
	(Ottawa, Ontario)	
Denise Beaudoin	À titre personnel	30 mai 2002
		Montréal, Québec
Patricia Begin	Centre national de prévention du crime	10 juin 2002
	Directrice, Recherche et Évaluation	Ottawa, Ontario
	(Ottawa, Ontario)	
Mohamed Ben Amar	Université de Montréal	28 mai 2001
	Professeur de pharmacologie et toxicologie	Ottawa, Ontario
	(Montréal, Québec)	
Chris Bennett	À titre personnel	7 novembre 2001 et 14 mai 2002

Vancouver et Richmond, Colombie-Britannique

NOM	ORGANISATION	DATE ET LIEU DE COMPARUTION
Marie-Andrée	Université de Montréal	23 avril 2001 et 30 mai 2002
Bertrand	Professeure émérite de criminologie	Ottawa, Ontario
	(Montréal, Québec)	Montréal, Québec
	Expert invité lors d'une assemblée publique (Montréal)	
Beverly Best	Village de Salisbury	5 juin 2002
	Conseillère municipale	Moncton, Nouveau- Brunswick
	(Salisbury, Nouveau-Brunswick)	
Hilary Black	B.C. Compassion Club Society	7 novembre 2001
	Directrice et fondatrice	Vancouver, Colombie- Britannique
	(Vancouver, Colombie-Britannique)	
Bill Blanchard	Gendarmerie Royale du Canada	13 mai 2002
	Sergent	Regina, Saskatchewan
	(Regina, Saskatchewan)	
	Expert invité lors d'une assemblée publique	
Guillaume	À titre personnel	30 mai 2002
Blouin-Beaudoin		Montréal, Québec
Ron Bocking	À titre personnel	13 mai 2002
		Regina, Saskatchewan
Tim Boekhout	Université d'Utrecht	19 novembre 2001
Van Solinge	Recherchiste en criminologie	Ottawa, Ontario
	(Utrecht, Pays-Bas)	
Renee Boje	À titre personnel	14 mai 2002

Vancouver, Colombie-Britannique

ORGANISATION

DATE ET LIEU DE COMPARUTION

Stephen Bolton

Ministère des Affaires étrangères et du Commerce international, direction du crime 18 mars 2002

international

Agent, Drogues internationales, Direction du crime international

Ottawa, Ontario

(Ottawa, Ontario)

Yvan Bombardier

CACTUS

30 mai 2002 et 31 mai 2002

Intervenant Montréal, Québec

(Montréal, Québec)

Pierre-Charles Boudrias Centre Dollard-Cormier

31 mai 2002

(Montréal, Québec) Montréal, Québec

David Bourgeois

À titre personnel

14 mai 2002

Richmond, Colombie-

Britannique

Michael J. Boyd

Association canadienne des chefs de police

11 mars 2002

Président du Comité sur la toxicomanie et souschef du Service de police de Toronto

anie et sous- Ottawa, Ontario

(Ottawa, Ontario)

Neil Boyd

Université Simon Fraser

16 octobre 2000

Professeur, Département de criminologie

Ottawa, Ontario

(Victoria, Colombie-Britannique)

Al Breau

Village de Salisbury

5 juin 2002

Membre de la Salisbury Municipal Drug Strategy

Moncton, Nouveau-Brunswick

and Addiction

(Salisbury, Nouveau-Brunswick)

Expert invité lors d'une assemblée publique

-	NOM	ORGANISATION	DATE ET LIEU DE COMPARUTION
	Serge Brochu	Université de Montréal	10 décembre 2001
		Professeur et directeur du Centre international de criminologie comparée	Ottawa, Ontario
		(Montréal, Québec)	
	Nick Brusatore	À titre personnel	14 mai 2002
			Richmond, Colombie- Britannique
	Perry Bulwer	À titre personnel	7 novembre 2001
			Vancouver, Colombie- Britannique
	Fred Burford	À titre individuel	10 septembre 2001
			Toronto, Ontario
	Michele Burque	À titre personnel	30 mai 2002
			Montréal, Québec
	Tracy Butler	Salvation Army Harbour Light Addiction and	4 juin 2002

		Montréal, Québec
Tracy Butler	Salvation Army Harbour Light Addiction and Rehabilitation Treatment Centre, HCC St.	4 juin 2002
	John's	Mount-Pearl, Terre-Neuve- et-Labrador
	Directrice de programme	

Bill Campbell	(Saint-Jean, Terre-Neuve-et-Labrador) Société médicale canadienne sur l'addiction 11 mars 2002		
	Président	Ottawa, Ontario	
	(Ottawa, Ontario)		
Chris Carnell	À titre personnel	13 mai 2002	

		11 mars 2002
Bill Campbell	Société médicale canadienne sur l'addiction	11 mars 2002
	Président	Ottawa, Ontario
	(Ottawa, Ontario)	
Chris Carnell	À titre personnel	13 mai 2002
		Regina, Saskatchewan
Nicolas Carrier	À titre personnel	30 mai 2002
		Montréal, Québec

NON	ORGANISATION	DATE ET LIEU DE COMPARUTION
James Anthony Cavalier	À titre individuel	10 septembre 2001 Toronto, Ontario
Walter Cavalieri	Toronto Harm Reduction Task Force	10 septembre 2001
	(Toronto, Ontario)	Toronto, Ontario
Jean-Pierre Chiasson	Clinique du Nouveau Départ Inc.	30 mai 2002
	Directeur médical	Montréal, Québec
	(Montréal, Québec)	
	Expert invité lors d'une assemblée publique	
Ward Clapham	Gendarmerie Royale du Canada	14 mai 2002
	Surintendant	Richmond, Colombie- Britannique
	(Richmond, Colombie-Britannique)	Ditamique
Chantal Cloutier- Vautour	Services de toxicomanie, Santé régionale	5 juin 2002
Y 34440 641	Conseillère auprès des jeunes	Moncton, Nouveau- Brunswick
	(Moncton, Nouveau-Brunswick)	21010 11 1011
Pierre Cloutier	À titre personnel	31 mai 2002
		Montréal, Québec
Peter Cohen	Université d'Amsterdam	28 mai 2001
	Professeur	Ottawa, Ontario
	(Amsterdam, Pays-Bas)	
Émile Colas	À titre personnel	30 mai 2002
	Expert invité lors d'une assemblée publique	Montréal, Canada

Mark Connolly	Agence des douanes et du revenu du Canada	29 octobre 2001
	Directeur général, Direction de la contrebande et des services de renseignements, Direction générale des douanes	Ottawa, Ontario
	(Ottawa, Ontario)	
John W. Conroy	À titre personnel	11 mars 2002
	Avocat (R. c. Malmo-Levine et R. c. Caine)	Ottawa, Ontario
Randy Cormier	Brentwood Recovery Home	7 juin 2002
	Conseiller/chef d'équipe	Windsor, Ontario
	(Windsor, Ontario)	
Terry Cormier	Ministère des Affaires étrangères et du Commerce international	18 mars 2002
		Ottawa, Ontario
	Directeur, Direction du crime international	
	(Ottawa, Ontario)	
Jean-Michel Coste	Observatoire français des drogues et des toxicomanies	1 ^{er} octobre 2001
Coste	Directeur	Ottawa, Ontario
	(Paris, France)	
Roland Côté	À titre personnel	30 mai 2002
		Montréal, Québec
Richard Cowan	À titre personnel	7 novembre 2001
		Vancouver, Colombie- Britannique

ORGANISATION DATE ET LIEU DE COMPARUTION

Michael Crichton	Agence des douanes et du revenu du Canada	29 octobre 2001
	Chef, Section de la collecte des renseignements, Division du renseignement et des opérations, Direction de la contrebande et des services de renseignements	Ottawa, Ontario
	(Ottawa, Ontario)	
Jean de Lavaltrie	À titre personnel	30 mai 2002
		Montréal, Québec
France Desjardins	À titre personnel	30 mai 2002
		Montréal, Québec
Chuck Doucette	Gendarmerie Royale du Canada	14 mai 2002
	(Vancouver, Colombie-Britannique)	Richmond, Colombie- Britannique
	Expert invité lors d'une assemblée publique	2.m.mque
Wally Dowhayko	Gendarmerie royale du Canada	7 juin 2002
	Sergent d'état-major et officier responsable de la section des stupéfiants	Windsor, Ontario
	(Windsor, Ontario)	
Caroline Doyer	Club Compassion de Montréal	31 mai 2002
	Présidente	Montréal, Québec
	(Montréal, Québec)	
Toby Druce	Seaton House	10 septembre 2001
	Superviseur des programmes	Toronto, Ontario
	(Toronto, Ontario)	
	(Toronto, Ontario)	

NOM	ORGANISATION	DATE ET LIEU DE COMPARUTION
Françoise	Commission fédérale pour les questions liées	4 février 2002
Dubois-Arber	aux drogues et Institut universitaire de médecine sociale et préventive	Ottawa, Ontario
	Membre	
	(Berne, Suisse)	
Georges Dulex	Canton de Zürich, Département de la police criminelle	4 février 2002
	Chef en service	Ottawa, Ontario
	(Zürich, Suisse)	
Johnny Dupuis	À titre personnel	30 mai 2002
journey - orpore	and process	Montréal, Québec
Martin Earl	À titre personnel	6 juin 2002
	•	Windsor, Ontario
Bill Elliot	Agence des douanes et du tevenu du Canada	7 juin 2002
	Directeur, Division de Windsor-St. Clair	Windsor, Ontario
	(Windsor, Ontario)	
Marc Emery	B.C. Marijuana Party	14 mai 2002

Marc Emery	B.C. Marijuana Party	14 mai 2002

(Vancouver, Colombie-Britannique)	Richmond, Colombie-
	Britannique

Expert mivite fors a un	e assemblee publique

Ron Enns	À titre personnel	6 juin 2002
----------	-------------------	-------------

	Wii	nasor, Ontario

Patricia Erickson	Centre de toxicomanie et de la santé mentale	14 mai 2001	

Recherchiste	Ottawa, Ontario
--------------	-----------------

(Toronto, Ontario)

		- 800

ORGANISATION

DATE ET LIEU DE COMPARUTION

Julian Fantino	Service de police de Toronto	10 septembre 2001
	Chef de police	Toronto, Ontario
	(Toronto, Ontario)	
Pat Fiacco	Ville de Regina	13 mai 2002
	Maire	Regina, Saskatchewan
	(Regina, Saskatchewan)	
Ross Findlater	Services aux alcooliques et aux toxicomanes,	13 mai 2002
	District de santé de Regina	Regina, Saskatchewan
	Deputy Medical Health Officer	
	(Regina, Saskatchewan)	
Benedikt Fischer	Université de Toronto	17 septembre 2001
	Professeur, Département des sciences de la santé publique	Ottawa, Ontario
	(Toronto, Ontario)	
Jerry Fitzgerald	Services aux alcooliques et aux toxicomanes, District de santé de Regina	13 mai 2002
	Directeur	Regina, Saskatchewan
	(Regina, Saskatchewan)	
Donald Fitzsimmons	Services aux alcooliques et aux toxicomanes, District de santé de Regina	13 mai 2002
	Coordonnateur pour les jeunes et la famille	Regina, Saskatchewan
	(Regina, Saskatchewan)	
Mark Fortier	À titre personnel	13 mai 2002
		Regina, Saskatchewan

NOM	ORGANISATION	DATE ET LIEU DE COMPARUTION
Michel Frenette	Gendarmerie Royale du Canada	5 juin 2002
	Coordonnateur de la sensibilisation aux drogues	Moncton, Nouveau- Brunswick
	(Fredericton, Nouveau-Brunswick)	
	Expert invité lors d'une assemblée publique	
Thomas Fulgosi	Seaton House	10 septembre 2001
	Chef d'équipe	Toronto, Ontario
	(Toronto, Ontario)	
Nick Gallant	À titre personnel	5 juin 2002
		Moncton, Nouveau- Brunswick
Paul E. Garfinkel	Centre de toxicomanie et de santé mentale	7 juin 2002
	Président et directeur général	Windsor, Ontario
	(Toronto, Ontario)	
Serge Gascon	Service de police de la ville de Montréal	31 mai 2002
	Directeur adjoint	Montréal, Québec
	(Montréal, Québec)	
Ryan Genie	À titre personnel	13 mai 2002
Ryan Geme	The personner	Regina, Saskatchewan
Michel Germain	Comité permanent de lutte à la toxicomanie	31 mai 2002
Wichel German		
	Directeur général	Montréal, Québec
	(Montréal, Québec)	
Rob Gillespie	À titre personnel	14 mai 2002

Richmond, Colombie-Britannique

	ORGANISALION	COMPARITION
John P. Gordon	À titre personnel	7 novembre 2001
		Vancouver, Colombie- Britannique
Hélène Goulet	Santé Canada	10 juin 2002
	Directrice générale, Lutte contre le tabagisme, Direction générale de la santé environnementale et de la sécurité des consommateurs	Ottawa, Ontario
	(Ottawa, Ontario)	
Caylie Graham	À titre personnel	13 mai 2002
		Regina, Saskatchewan
Serge Granger	Université du Québec à Montréal	31 mai 2002
	Historien	Montréal, Québec
	(Montréal, Québec)	
Brian Grant	Service correctionnel du Canada	10 juin 2002
	Directeur, Centre de recherche en toxicomanie	Ottawa, Ontario
	(Montague, Île-du-Prince-Édouard)	
David Griffin	Association canadienne des policiers et des policières	28 mai 2001
	Agent exécutif	Ottawa, Ontario
	(Ottawa, Ontario)	
Peter Grin	À titre personnel	14 mai 2002
		Richmond, Colombie- Britannique
Derril W. Gudlaugson	À titre personnel	14 mai 2002
- Juniagoui		Richmond, Colombie- Britannique

NOM	ORGANISATION	DATE ET LIEU DE COMPARUTION
André-Bernard	À titre personnel	30 mai 2002
Guévin		Montréal, Québec
Cathleen Guthrie	À titre personnel	13 mai 2002
		Regina, Saskatchewan
Henry Haddad	Association médicale canadienne	11 mars 2002
	Président	Ottawa, Ontario
	(Ottawa, Ontario)	
Susan Hague	Agence des douanes et du revenu du Canada	29 octobre 2001
	Conseillère de programme senior, Section des opérations anticontrebande, Direction de la contrebande et des services de renseignements	Ottawa, Ontario
	(Ottawa, Ontario)	
Nichola Hall	Grief to Action	7 novembre 2001
	Présidente	Vancouver, Colombie- Britannique
	(Vancouver, Colombie-Britannique)	
Ross Hall	Grief to Action	7 novembre 2001
	(Vancouver, Colombie-Britannique)	Vancouver, Colombie- Britannique

Club Compassion de Montréal

Directeur exécutif

(Montréal, Québec)

Peter Hamel

31 mai 2002

Montréal, Québec

NOM	ORGANISATION	DATE ET LIEU DE COMPARUTION
Tony Hammer	À titre personnel	6 juin 2002
		Windsor, Ontario
Timothy	NORML Saskatchewan	13 mai 2002
Hampton	Président, Organisation nationale pour la réforme des lois sur la marijuana	Regina, Saskatchewan
	(Watrous, Saskatchewan)	
	Expert invité lors d'une assemblée publique	
Michael C.	À titre personnel	14 mai 2002
Hausen		Richmond, Colombie- Britannique
Andy Hathaway	Centre de toxicomanie et de la santé mentale	14 mai 2001
	Recherchiste	Ottawa, Ontario
	(Toronto, Ontario)	
Glen Hayden	Association canadienne des policiers et des policières	28 mai 2001
		Ottawa, Ontario
	Sergent et détective, Section de contrôle des stupéfiants, Service de police d'Edmonton	
	(Ottawa, Ontario)	
Kenneth E. Hayes	À titre personnel	14 mai 2002
ji.		Richmond, Colombie- Britannique
Kash Heed	Service de police de Vancouver	7 novembre 2001

Vancouver, Colombie-

10 septembre 2001

Toronto, Ontario

Britannique

Service des drogues

À titre individuel

Sean Hunt

(Vancouver, Colombie-Britannique)

NOM	ORGANISATION	DATE ET LIEU DE		
		COMPARUTION		
Thomas E.	À titre personnel	5 juin 2002		
Hunter		Moncton, Nouveau- Brunswick		
Alexis Jabarit	À titre personnel	30 mai 2002		
		Montréal, Québec		
Edward Jackson	À titre personnel	30 mai 2002		
		Montréal, Québec		
Gary E. Johnson	État de Nouveau-Mexique	2 novembre 2001		
	Gouverneur	Ottawa, Ontario		
	(Albuquerque, Nouveau-Mexique – États-Unis d'Amérique)			
Cal Johnston	Service de police de Regina	13 mai 2002		
	Chef de police	Regina, Saskatchewan		
	(Regina, Saskatchewan)			
Hélène Jutras	À titre personnel	30 mai 2002		
		Montréal, Québec		
Harold Kalant	Université de Toronto	11 juin 2001		

Professeur émérite

(Toronto, Ontario)

À titre personnel

Sean Karl

Ottawa, Ontario

14 mai 2002

Britannique

Richmond, Colombie-

Michel Kokoreff

Université de Lille

(Lille, France)

ORGANISATION

DATE ET LIEU DE COMPARUTION

1^{er} octobre 2001

Ottawa, Ontario

Robert Keizer Ministère de la Santé, du Bien-être et des 19 novembre 2001 Sports des Pays-Bas Ottawa, Ontario Conseiller en matière de politiques sur les drogues (La Have, Pays-Bas) Jim Kelly Richmond Alcohol and Drug Action Team 14 mai 2002 (RADAT) Richmond, Colombie-Directeur Britannique (Richmond, Colombie-Britannique) Perry Kendall À titre personnel 17 septembre 2001 Agent de santé Ottawa, Ontario (Victoria, Colombie-Britannique) Paul E. Kennedy Solliciteur général de Canada 10 juin 2002 Sous-solliciteur général adjoint principal, Secteur Ottawa, Ontario de la police et de la sécurité (Ottawa, Ontario) Steven Kent Ville de Mount Pearl 4 juin 2002 Maire suppléant Mount Pearl, Terre-Neuve-et-Labrador (Mount Pearl, Terre-Neuve-et-Labrador) **Barry King** Association canadienne des chefs de police 11 mars 2002 Président sortant du Comité sur la toxicomanie et Ottawa, Ontario chef du Service de police de Brockville (Ottawa, Ontario)

ORGANISATION

DATE ET LIEU DE COMPARUTION

D'II V	TT.:	19 novembre 2001
Dirk J. Korf	Université d'Amsterdam	19 novembre 2001
	Professeur	Ottawa, Ontario
	(Amsterdam, Pays-Bas)	
Michele Kubby	À titre personnel	14 mai 2002
		Richmond, Colombie- Britannique
Alain Labrousse	Observatoire français des drogues et des toxicomanies	28 mai 2001
	toxicomanies	Ottawa, Ontario
	Chargé de mission	
	(Paris, France)	
C. Gwendolyn	REAL Women of Canada	6 juin 2002
Landolt	Vice-présidente nationale	Windsor, Ontario
	(Ottawa, Ontario)	
	Expert invité lors d'une assemblée publique	
Michel Landry	Centre Dollard-Cormier	10 décembre 2001
	Directeur des services professionnels et de la recherche	Ottawa, Ontario
	(Montréal, Québec)	
Julie Langlois	À titre personnel	30 mai 2002
		Montréal, Québec
Dana Larsen	Cannabis Culture	7 novembre 2001 et 14 mai 2002
	(Vancouver, Colombie-Britannique) Expert invité lors d'une assemblée publique	Vancouver et Richmond, Colombie-Britannique
Pierre Lauzon	À titre personnel	30 mai 2002
	Expert invité lors d'une assemblée publique	Montréal, Québec

NOM	ORGANISATION	DATE ET LIEU DE COMPARUTION
Marc-André Lavoie	À titre personnel	30 mai 2002
		Montréal, Québec
James Leslie	À titre personnel	7 novembre 2001
		Vancouver, Colombie- Britannique
Robert G. Lesser	Gendarmerie Royale du Canada	29 octobre 2001 et 11 mars 2002
	Surintendant principal	Ottoma Ontonia
	(Ottawa, Ontario)	Ottawa, Ontario
	Association canadienne des chefs de police	
	Vice-président du Comité sur la toxicomanie et surintendant principal auprès de la GRC	
	(Ottawa, Ontario)	
Mason Loh	À titre personnel	7 novembre 2001
		Vancouver, Colombie- Britannique
Dennis Long	Breakaway	10 septembre 2001
	Directeur général	Toronto, Ontario
	(Toronto, Ontario)	
Blair T. Longley	À titre personnel	30 mai 2002
		Montréal, Québec
Cynthia Low	À titre personnel	7 novembre 2001
		Vancouver, Colombie- Britannique

ORGANISATION DATE ET LIEU DE COMPARUTION

Phillippe Lucas	Vancouver Island Compassion Society	14 mai 2002
	Directeur (Victoria, Colombie-Britannique)	Richmond, Colombie- Britannique
Gillian Lynch	Santé Canada	10 juin 2002
	Directrice générale, Stratégie antidrogue et substances contrôlées	Ottawa, Ontario
	(Ottawa, Ontario)	
Mary Lynch	Université Dalhousie	11 juin 2001
	Directrice, Consortium canadien pour l'investigation des cannabinoïdes	Ottawa, Ontario
	(Halifax, Nouvelle-Écosse)	
Sandy MacDonald	À titre personnel	14 mai 2002
MacDonald		Richmond, Colombie- Britannique
Edward J. MacEachern	Gendarmerie royale du Canada	5 juin 2002
WacLachen	Sergent	Moncton, Nouveau- Brunswick
	(Fredericton, Nouveau-Brunswick)	
David MacFarnam	À titre personnel	7 novembre 2001
		Vancouver, Colombie- Britannique
Chris MacLean	À titre personnel	5 juin 2002
		Moncton, Nouveau- Brunswick
Donald	Ville de Vancouver	7 novembre 2001
MacPherson	Coordonnateur de la politique en matière de drogues	Vancouver, Colombie- Britannique
	(Vancouver, Colombie-Britannique)	

ORGANISATION

DATE ET LIEU DE COMPARUTION

Nicole Maestracci Mission interministérielle de lutte à la drogue et à la toxicomanie

1^{er} octobre 2001 Ottawa, Ontario

Présidente

(Paris, France)

Achille Maillet Serv

Services de toxicomanie, Santé régionale

5 juin 2002

Directeur

Moncton, Nouveau-

Brunswick

(Moncton, Nouveau-Brunswick)

David Malmo-Levine À titre personnel

7 novembre 2001 et 14 mai

2002

Vancouver et Richmond, Colombie-Britannique

Colin R. Mangham Prevention Source B.C.

17 septembre 2001

Ottawa, Ontario

Directeur

(Vancouver, Colombie-Britannique)

Bill Marra

Fédération canadienne des municipalités

11 mars 2002

Président du Comité permanent sur la sécurité communautaire et la lutte contre le crime et conseiller municipal de la Ville de Windsor Ottawa, Ontario

(Ottawa, Ontario)

Richard Mathias

Université de la Colombie-Britannique

17 septembre 2001

Professeur, Département de santé et d'épidémiologie

Ottawa, Ontario

(Vancouver, Colombie-Britannique)

Pierre Matteau

À titre personnel

30 mai 2002

Montréal, Québec

NOM	ORGANISATION	DATE ET LIEU DE COMPARUTION		
William B.	Université de la Virginie	18 mars 2002		
McAllister	Professeur	Ottawa, Ontario		
	(Charlottesville, Virginie, États-Unis d'Amérique)			
Michael McCoy	Touchtone Family Association	14 mai 2002		
	(Richmond, Colombie-Britannique)	Richmond, Colombie-		
	Expert invité lors d'une assemblée publique	Britannique		
John McIntyre	Civil Liberties Association de la Colombie- Britannique	14 mai 2002		
	Membre du conseil d'administration	Richmond, Colombie- Britannique		
	(Vancouver, Colombie-Britannique)			
W. Joe McKeown	Ville de Regina	13 mai 2002		
	Conseiller municipal	Regina, Saskatchewan		
	(Regina, Saskatchewan)			
	Expert invité lors d'une assemblée publique			
William A.	Memorial University of Newfoundland	4 juin 2002		
McKim	Chef de section par intérim, Département de psychologie	Mount Pearl, Terre-Neuve-et Labrador		
	(Saint-Jean, Terre-Neuve-et-Labrador)			
	Expert invité lors d'une assemblée publique			
Ken McLennan	À titre personnel	14 mai 2002		
		Richmond, Colombie- Britannique		

Springboard

(Toronto, Ontario)

Coordonnatrice de la déjudiciarisation

Wanda McPherson 10 septembre 2001

Toronto, Ontario

Timothy Meehan	À titre personnel	14 mai 2002		
		Richmond, Colombie- Britannique		
Céline Mercier	Université McGill	10 décembre 2001		
	Professeure agrégée, Département de psychiatrie	Ottawa, Ontario		
	(Montréal, Québec)			
Croft Michaelson	Justice Canada	10 juin 2002		
	Directeur et avocat général principal, Section de l'élaboration des politiques stratégiques en matière en poursuites	Ottawa, Ontario		
	(Ottawa, Ontario)			
Dann Michols	Santé Canada	10 juin 2002		
	Sous-ministre adjoint, Direction générale de la santé environnementale et de la sécurité des consommateurs	Ottawa, Ontario		
	(Ottawa, Ontario)			
Mike Moldovan	À titre personnel	6 juin 2002		
		Windsor, Ontario		
John P. Morgan	City of New York Medical School	11 juin 2001		
	Professeur de pharmacologie	Ottawa, Ontario		
	(Ville de New York, New York, États-Unis d'Amérique)			
Tracy Mortensen	À titre personnel	6 juin 2002		
		Windsor, Ontario		
David Mossop	Community Legal Assistance Society	7 novembre 2001		
	(Vancouver, Colombie-Britannique)	Vancouver, Colombie- Britannique		

	2000	****	 	

ORGANISATION

DATE ET LIEU DE COMPARUTION

Ethan Nadelman	Lindesmith Centre	2 novembre 2001
	Directeur exécutif	Ottawa, Ontario
	(Ville de New York, New York, États-Unis d'Amérique)	
Janet Neves	Fédération canadienne des municipalités	11 mars 2002
	Analyste politique	Ottawa, Ontario
	(Ottawa, Ontario)	
John Noddin	New Brunswick Home and Schools	5 juin 2002
	Association	Moncton, Nouveau- Brunswick
	Ancien président	Drunswick
	Expert invité lors d'une assemblée publique	
Kathryn Noddin	À titre personnel	5 juin 2002
		Moncton, Nouveau- Brunswick
Dale Orban	Association canadienne des policiers et	28 mai 2001
	policières	Ottawa, Ontario
	Sergent-détective, Section de police de Regina et directeur de l'Association des policiers de Regina	
	(Ottawa, Ontario)	
Albert G. Ormiston	À titre personnel	13 mai 2002
		Regina, Saskatchewan
Eugene Oscapella	Fondation canadienne pour une politique sur les drogues	16 octobre 2000 et 29 octobre 2001
	Directeur exécutif	Ottawa, Ontario
	(Ottawa, Ontario)	

NUM	ORGANISATION	DATE ET LIEU DE COMPARUTION
Philip Owen	Ville de Vancouver	7 novembre 2001
	Maire	Vancouver, Colombie- Britannique
	(Vancouver, Colombie-Britannique)	-
Melanie Stephen Patriquen	Parti marijuana du Canada	5 juin 2002
	(Montréal, Québec)	Moncton, Nouveau- Brunswick
Mike Patriquen	Parti marijuana du Canada	5 juin 2002
	(Montréal, Québec)	Moncton, Nouveau-
	Expert invité lors d'une assemblée publique	Brunswick
Caroline Pelchat	Gendarmerie Royale du Canada	29 octobre 2001
	Recherchiste, Service de la sensibilisation aux drogues	Ottawa, Ontario
	(Ottawa, Ontario)	
Michel Pelletier	Gendarmerie Royale du Canada	29 octobre 2001
	Sergent d'état-major, Coordonnateur national du service de la sensibilisation aux drogues	Ottawa, Ontario
	(Ottawa, Ontario)	
Michel Perron	Centre canadien de lutte contre l'alcoolisme et les toxicomanies	10 juin 2002
	Directeur exécutif	Ottawa, Ontario
	(Ottawa, Ontario)	

	(Ottawa, Ontario)	
Martin Petit	CACTUS	31 mai 2002
	Travailleur de milieu	Montréal, Québec
	(Montréal, Québec)	

(montesting & debec)	
Penitentiary Addictions Group Agent de classement	4 juin 2002
(Saint-Jean, Terre-Neuve-et-Labrador)	Mount Pearl, Terre-Neuve-et- Labrador
	Penitentiary Addictions Group Agent de classement

NOM	ORGANISATION	DATE ET LIEU DE COMPARUTION
Jim Power	Gendarmerie Royale du Canada	3 juin 2002
	Sergent	Mount Pearl, Terre-Neuve-et- Labrador
	(Clarenville, Terre-Neuve-et-Labrador)	
	Expert invité lors d'une assemblée publique	
Diane Power- Jeans	Janeway Community Mental Health Division, HCC St. John's	4 juin 2002
Jeun 5	Travailleuse sociale	Mount Pearl, Terre-Neuve-et- Labrador
	(Saint-Jean, Terre-Neuve-et-Labrador)	
Fred Pritchard	Marijuana Compassion Club of Windsor	6 juin 2002
	Fondateur et administrateur	Windsor, Ontario
	(Windsor, Ontario)	
	Expert invité lors d'une assemblée publique	
Norman Qworden	À titre personnel	6 juin 2002
		Windsor, Ontario
Alan Randell	À titre personnel	14 mai 2002
		Richmond, Colombie- Britannique
Eleanor Randell	À titre personnel	14 mai 2002
		Richmond, Colombie- Britannique

Shauna Raycraft

Jürgen Rehm

À titre personnel

Professeur

(Zurich, Suisse)

Université de Zurich

13 mai 2002

14 mai 2001

Ottawa, Ontario

Regina, Saskatchewan

NOM	ORGANISATION	DATE ET LIEU DE COMPARUTION
Rick Reimer	À titre personnel	31 mai 2002
		Montréal, Québec
Dave Roberts	Service de police de Windsor	7 juin 2002
	Inspecteur, Division des enquêtes	Windsor, Ontario
	(Windsor, Ontario)	
Gerald Royce	À titre personnel	3 juin 2002
		Mount Pearl, Terre-Neuve-et- Labrador
Jerome Sabourin	À titre personnel	5 juin 2002
		Moncton, Nouveau- Brunswick
Greg Schweitzer	À titre personnel	6 juin 2002
		Windsor, Ontario
Darlene Simpson	House de Sophrosyne	7 juin 2002
	Directrice du programme	Windsor, Ontario
	(Windsor, Ontario)	
Eric Single	Université de Toronto	14 mai 2001
	Professeur, Département de la santé publique	Ottawa, Ontario
	(Toronto, Ontario)	
Leon Smith	À titre personnel	14 mai 2002
		Richmond, Colombie- Britannique
Patrick Smith	Centre de toxicomanie et de santé mentale	7 juin 2002
	Vice-président, programmes de clinique	Windsor, Ontario
	(Toronto, Ontario)	

ETY/ATY MEN

NOM	ORGANISATION	DATE ET LIEU DE COMPARUTION
Ted Smith	À titre personnel	7 novembre 2001
		Vancouver, Colombie- Britannique
Raf Souccar	Gendarmerie royale du Canada	10 juin 2002
	Surintendant de police en chef	Ottawa, Ontario
	(Ottawa, Ontario)	
Rob Spring	À titre personnel	6 juin 2002
		Windsor, Ontario
Randall St.	À titre personnel	6 juin 2002
Jacques		Windsor, Ontario
Margaret	Springboard	10 septembre 2001
Stanowski	Directrice générale	Toronto, Ontario
	(Toronto, Ontario)	
Paul St-Denis	Justice Canada	10 juin 2002
	Avocat-conseil, Section de la politique en matière de droit pénal	Ottawa, Ontario
	(Ottawa, Ontario)	

Diane Steber Büchli	Bureau fédéral de santé publique de la Suisse	4 février 2002
Buchi	Chef de service, Unité internationale des affaires de drogues	Ottawa, Ontario

(Berne, Suisse)

Art Steinmann	Alcohol-Drug Education Service	7 novembre 2001
	Directeur exécutif	Vancouver, Colombie- Britannique
	(Vancouver, Colombie-Britannique)	

English and the Merchantification		COMPARUTION
Marc-Boris St- Maurice	Parti Marijuana	30 mai 2002 et 31 mai 2002
Maurice	Chef	Montréal, Québec
	(Montréal, Québec)	
	Expert invité lors d'une assemblée publique	
Ron Taverner	Service de police de Toronto	7 juin 2002
	Sergent et surintendant	Toronto, Ontario
	(Toronto, Ontario)	
Rosaire Théorêt	À titre personnel	30 mai 2002
		Montréal, Québec
Rick Tipple	À titre personnel	7 novembre 2001
		Vancouver, Colombie- Britannique
Lilian To	À titre personnel	7 novembre 2001
		Vancouver, Colombie- Britannique
Ross Toller	Service correctionnel du Canada	10 juin 2002
	Sous-commissaire, Administration régionale – Prairies	Ottawa, Ontario
	(Ottawa, Ontario)	
Chris Trenholm	À titre personnel	5 juin 2002
		Moncton, Nouveau- Brunswick
John Turmel	À titre personnel	30 mai 2002
		Montréal, Québec
Ray Turmel	À titre personnel	30 mai 2002
		Montréal, Québec

DATE ET LIEU DE

NOM ORGANISATION

NOM	ORGANISATION	DATE ET LIEU DE COMPARUTION
Selene Tracy	Groupe de recherche d'intérêt public de	6 juin 2002
Tyndale	l'Ontario	Windsor, Ontario
	Bénévole	
	(Windsor, Ontario)	
	Expert invité lors d'une assemblée publique	
Mark Tyndall	Centre d'excellence en VIH/SIDA - Région	7 novembre 2001
	de la Colombie-Britannique	Vancouver, Colombie-
	(Vancouver, Colombie-Britannique)	Britannique
Ambros	Institut de recherche sur les addictions	4 février 2002
Uchtenhagen	Professeur (retraité)	Ottawa, Ontario

(Zürich, Suisse)

	100		

ORGANISATION

DATE ET LIEU DE COMPARUTION

Steven Van	Ministère de la Justice des Pays-Bas	19 novembre 2001
Hoogstraten	Directeur des Affaires internationales criminelles et des politiques sur les drogues	Ottawa, Ontario
	(La Haye, Pays-Bas)	
Anne Vogel	Clinique Gilwest	14 mai 2002
	Directrice	Richmond, Colombie- Britannique
	(Richmond, Colombie-Britannique)	
John Walsh	Ville de Mount Pearl	3 juin 2002
	Conseiller municipal	Mount Pearl, Terre-Neuve-et- Labrador
	(Mount Pearl, Terre-Neuve-et-Labrador)	
	Expert invité lors d'une assemblée publique	
Chuck Walter	Gendarmerie royale du Canada	10 juin 2002
	Inspecteur et officier responsable, Section des politiques des systèmes opérationnels, Sous- direction de la police contractuelle nationale	Ottawa, Ontario
	(Ottawa, Ontario)	
Thia Walter	À titre personnel	7 novembre 2001
		Vancouver, Colombie- Britannique
Mark A. Ware	Université McGill	31 mai 2002
	Professeur adjoint	Montréal, Québec
	(Montréal, Québec)	
David Weinberg	À titre personnel	5 juin 2002
		Moncton, Nouveau- Brunswick

NOM	ORGANISATION	DATE ET MEU DE
		COMPARUTION
Yves Wermelinger	À titre personnel	5 juin 2002
		Moncton, Nouveau- Brunswick
Anna Marie White	Focus on the Family	14 mai 2002
	Analyste des politiques	Richmond, Colombie- Britannique
	(Vancouver, Colombie-Britannique)	
Dean Wilson	Vancouver Area Network of Drug Users (VANDU)	7 novembre 2001
	Directeur général	Vancouver, Colombie- Britannique
	(Vancouver, Colombie-Britannique)	
Cory Wint	Inner Visions Recovery Society	14 mai 2002
	(Vancouver, Colombie-Britannique)	Richmond, Colombie- Britannique
	Expert invité lors d'une assemblée publique	
Brad Wolbaum	À titre personnel	13 mai 2002
		Regina, Saskatchewan
Scott Wolbaum	À titre personnel	13 mai 2002
		Regina, Saskatchewan
Danny Woods	Service de police de Windsor	7 juin 2002
	Sergent d'état-major, Sous-direction des drogues	Windsor, Ontario
	(Windsor, Ontario)	
Alan Young	À titre personnel	10 septembre 2001
	Professeur agrégé	Toronto, Ontario
	Osgoode Hall Law School	

(Toronto, Ontario)

NOM

ORGANISATION

DATE ET LIEU DE COMPARUTION

Mark Zoccolillo

Université McGill

16 octobre 2000

Professeur, Département de psychiatrie

Ottawa, Ontario

(Montréal, Québec)

ANNEXE III

RAPPORTS DE RECHERCHE *

A- RAPPORTS DE RECHERCHE PRÉPARÉS PAR LA DIRECTION DE LA RECHERCHE PARLEMENTAIRE DE LA BIBLIOTHÈQUE DU PARLEMENT

AUTEURS	TITRE	DATE DE PARUTION
Lyne Casavant Chantal Collin	La consommation de drogues illicites et la criminalité : une relation complexe	Août 2001
Chantal Collin	Politique nationale en matière de drogues : France	Août 2001
Chantal Collin	Politique nationale en matière de drogues : Suisse	Janvier 2002
Benjamin Dolin	Politique nationale en matière de drogues : États-Unis d'Amérique	Juillet 2001
Benjamin Dolin	Politique nationale en matière de drogues : Pays-Bas	Août 2001
Daniel Dupras	Les obligations internationales du Canada en vertu des principales conventions internationales sur le contrôle des drogues	Octobre 1998
David Goetz	La prohibition des drogues et la Constitution	Mars 2001
Anthony Jackson	Le coût de la consommation de drogues et la politique sur les drogues	Avril 2002

^{*} Tous les rapports de recherche cités dans cette annexe ont été produits à la demande du Comité spécial du Sénat sur les drogues illicites et sont disponibles à l'adresse suivante : www.parl.gc.ca/drogues-illicites.asp

		PARUTION
Diane Leduc, Nancy Miller Chenier, Sonya Norris	Inventaire de la recherche fédérale sur les drogues illicites et les questions connexes	Octobre 2001
Diane Leduc, Nancy Miller Chenier, Sonya Norris	Inventaire de la recherche provinciale et territoriale sur les drogues illicites et les questions connexes	Mai 2002
Gérald Lafrenière	Les pouvoirs de la police et les infractions liées à la drogue	Mars 2001
Gérald Lafrenière	Politique nationale en matière de drogues : Royaume-Uni	Juillet 2001
Gérald Lafrenière	Politique nationale en matière de drogues : Suède	Avril 2002
Gérald Lafrenière, Emmanuel Préville	Affaires déclarées, condamnations, peines d'emprisonnement et déterminations de peines en rapport avec les drogues illicites au Canada	Mai 2002
Gérald Lafrenière, Leah Spicer	Les drogues illicites au Canada – Tendances 1980-2001: Examen et analyse des données sur l'application des lois	Juin 2002
Robin MacKay	Politique nationale en matière de drogues : Australie	Décembre 2001
Jay Sinha	L'historique et l'évolution des principales conventions internationales de contrôle des stupéfiants	Février 2001
Leah Spicer	Utilisations historiques et culturelles du cannabis et le « débat sur la marijuana » au Canada	Avril 2002

ACTEURS

DIERRA

B- RAPPORTS DE RECHERCHE SUR LES PRINCIPES DIRECTEURS

AUTEURS	TITRE	DATE DE PARUTION
Thomas De Koninck Université Laval	Le rôle des savoirs et de la culture dans la politique publique sur les drogues illicites	Juin 2002
Roderick A. Macdonald Université McGill	La gestion publique des humains	Mai 2001
Jean-François Malherbe Université de Sherbrooke	Contribution de l'éthique à la définition de principes directeurs pour une politique publique sur les drogues illicites	Mai 2002
Alvaro P. Pires Université d'Ottawa	La politique législative et les crimes à « double face » : Éléments pour une théorie pluridimensionnelle de la loi criminelle	Juin 2002

C- AUTRES RAPPORTS DE RECHERCHE

AUTEURS	TITRE	DATE DE PARUTION
François Dubois Bureau du sénateur Pierre Claude Nolin	Le Parlement fédéral et l'évolution de la législation canadienne sur les drogues illicites	Juin 2002
Léger Marketing Montréal	Étude exploratoire auprès des Canadiens sur l'usage du cannabis	Juin 2002
Diane Riley Université de Toronto	La politique canadienne de contrôle des drogues : aperçu et commentaire	Novembre 1998
Barbara B. Wheelock Bureau de la sénatrice Eileen Rossiter	Effets physiologiques et psychologiques du cannabis : examen des conclusions des travaux de recherche	Mai 2002

ANNEXE IV

L'évolution de la législation canadienne sur les drogues (1908-1996): Infractions, peines, pouvoirs policiers et procédure criminelle*

Lois		Infractions	Peines	Proxedure criminelle
1908 –	Trafic	fic		
I oi sur Ponium	•	importation d'opium à des fins	Mise en accusation	
To the second		autres que medicales et sans autorisation du ministre des Douanes	• Emprisonnement maximal de 3 ans; et / ou	
	•	fabrication, vente ou <u>possession</u> en vue de la vente, d'opium brut ou préparé	 Amende minimale de 50 \$ pouvant aller jusqu'à un maximum de 1 000 \$ 	
	•	fabrication, vente ou <u>possession</u> en <u>vue de la vente</u> , d'opium préparé à l'usage des fumeurs		

^{*} Ce tableau provient de l'étude réalisée par François Dubois intitulée Le Parlement fédéral et l'évolution de la législation canadienne sur les drognes illicites. Elle est disponible en ligne a: www.parl.gc.ca/drogues-illicites.asp

1911 -

Trafic

Loi sur Popium narcotiques et les

- d'une drogue à des fins autres fabrication, vente ou offre en vente, sans excuse légitime, Importation, transport à l'intérieur du Canada, que thérapeutiques ou scientifiques
- interdit l'importation d'une légitime, dans un pays qui Exportation, sans excuse

Procédure sommaire

- Emprisonnement maximal de 6 mois; et / ou
- Amende maximale de 500 \$

Possession

Simple possession d'une drogue, sans excuse légitime, à des fins autres que thérapeutiques ou scientifiques

Procédure sommaire

- Emprisonnement maximal d'un
- Amende maximale de 500 \$

Pouvoirs policiers

Mandats de perquisition

Mandat de perquisition autorisant, s'il existe des motifs raisonnables:

Emprisonnement maximal d'un

an; et / ou

Procédure sommaire

Amende maximale de 500 \$

- maison d'habitation, magasin, boutique, entrepôt, jardin ou la fouille des lieux suivants: navire; et
- la saisie de toute drogue qui s'y trouve ainsi que des contenants dans lesquels elle a été trouvée.

Procédure criminelle

Destruction des drogues saisies

- des contenants dans lesquels elles destruction des drogues ainsi que Ordonnance permettant la condamnation de l'accusé ont été trouvées après la
- être détruites au plus tard dans les trois mois suivant Pacquittement restitution des drogues saisies si sont pas réclamées, elles doivent l'accusé est acquitté. Si elles ne Ordonnance prévoyant la

- Possession d'opium préparé pour Procédure sommaire fumeurs ou usage d'une telle substance
- Emprisonnement maximal de 3 mois; et / ou
- Amende maximale de 50 \$
- excuse légitime, où l'on fume de Se trouver dans un lieu, sans Popium
- Procédure sommaire
- Emprisonnement maximal d'un mois; et / ou
- Amende maximale de 100 \$

Commerce légal de stupéfiants

(Médecin)

- Prescription de drogues pour des fins autres que thérapeutiques ou qui ne sont pas requises pour le traitement d'une maladie
- Procédure sommaire
- Emprisonnement maximal de 3 mois; et / ou
- Amende maximale de 200 \$

Renversement du fardeau de la preuve au détriment de l'accusé

Programs of minds

- Lors d'une poursuite pour trafic ou l'accusé doit prouver, s'il veut être simple possession de drogues, acquitté:
- Pexistence d'une excuse légitime; ou
- thérapeutiques ou scientifiques substances à des fins l'utilisation de telles

Bref de certiorari

 Élimination du recours à un bref de certiorari

Récompense

Utilisation d'une partie du montant contrevenant afin de récompenser la personne qui a porté plainte d'une amende payée par un contre lui

(Pharmacien)

- thérapeutiques sans prescription (écrite ou téléphonique) par un Vente de drogues à des fins médecin
- Procédure sommaire
- Emprisonnement maximal de 3 mois; et / ou
- Amende maximale de 200 \$
- contenant de telles substances et ventes de drogues, à la fabrication de médicaments prescriptions émises par un relativement aux achats ou Refus de tenir un registre au renouvellement de médecin
- Procédure sommaire
- Emprisonnement maximal de 3 mois; et / ou
- Amende maximale de 200 \$

Trafic

Modifications à la Loi de 1911

Exportation ou importation, et distribution d'une drogue sans permis, ou importation de celle-ci dans un port non l'intérieur du Canada, vente désigné par les autorités fabrication, transport à fédérales

Emprisonnement maximal d'un

an; et / ou

Procédure sommaire

Amende minimale de 200 \$

pouvant aller jusqu'à un maximum de 1 000 \$

> Exportation ou importation, l'intérieur du Canada, vente et distribution d'opium brut fabrication, transport à ou préparé sans permis

Possession

sans permis, à des fins autres que thérapeutiques ou scientifiques Simple possession de drogues,

Procédure sommaire

- Emprisonnement maximal d'un an; et / ou
- Amende minimale de 200 \$ pouvant aller jusqu'à un maximum de 1 000 \$

-9-

Commerce légal de stupéfiants

(Entreprises)

Refus de tenir un registre sur les d'exportation, de fabrication, de drogues dûment autorisées par vente et de distribution de activités d'importation, les autorités fédérales

(Médecin)

fabrication ou la prescription de renseignements demandés par médicaments contenant des relativement à l'achat, la les autorités fédérales Refus de fournir les drogues

(Pharmacien)

écrite et signée par un médecin Vente de drogues à des fins médicales sans prescription

Procédure sommaire

- Emprisonnement maximal d'un an; et / ou
- Amende minimale de 200 \$ pouvant aller jusqu'à un maximum de 1 000 \$

Procédure sommaire

- Emprisonnement maximal d'un an; et / ou
- Amende minimale de 200 \$ pouvant aller jusqu'à un maximum de 1 000 \$

Procédure sommaire

- Emprisonnement maximal d'un an; et / ou
- Amende minimale de 500 \$ pouvant aller jusqu'à un maximum de 1 000 \$

- étiquetage approprié à un enfant âgé de moins de 2 ans produit contenant des quantités de drogues excédant les limites prescrites par la Loi et sans un Vente ou administration d'un
- Procédure sommaire
- Emprisonnement maximal d'un an; et / ou
- Amende minimale de 200 \$ pouvant aller jusqu'à un maximum de 1 000 \$

1921 -

Trafic

-12 Modifications la Loi de 1911

Activités illégales telles que définies dans la Loi de 1920

Mise en accusation

Emprisonnement maximal de

Procédure sommaire

- Emprisonnement maximal de 18 une période additionnelle de 12 mois auquel peut être rajoutée mois pour défaut de paiement
- Amende minimale de 200 \$ pouvant aller jusqu'à un maximum de 1 000 \$

- d'une amende; et / ou

Mise en accusation

drogues à un mineur sans permis Vente, don ou distribution de

Emprisonnement maximal

Procédure criminelle

Confiscation ou restitution des drogues saisies

- lesquels elles ont été trouvées après confiscation au profit du ministre de la Santé des drogues saisies ainsi que des contenants dans la condamnation de l'accusé Ordonnance prévoyant la
- l'acquittement, afin que ce dernier ministre de la Santé, au plus tard restitution des drogues saisies si sont pas réclamées, elles doivent l'accusé est acquitté. Si elles ne être confisquées au profit du puisse en disposer à sa guise dans les trois mois suivant Ordonnance prévoyant la

Possession

Simple possession

Mise en accusation

 Emprisonnement maximal de 7 ans

Procédure sommaire

- Emprisonnement maximal de additionnelle de 12 mois pour défaut de paiement d'une 18 mois auquel peut être rajoutée une période amende; et / ou
- Amende minimale de 200 \$ pouvant aller jusqu'à un maximum de 1 000 \$

Renversement du fardeau de la preuve

- magasin, boutique, entrepôt, jardin illégalement une telle substance si Toute personne qui possède ou occupe un endroit (logement, ou navire) où une drogue est trouvée est réputée posséder elle est incapable de prouver qu'elle:
- était à cet endroit sans son consentement; ou
- ne savait pas qu'une drogue s'y trouvait.

d'avoir exporté, importé, fabriqué, Lorsqu'une personne est accusée préparé sans avoir préalablement prouver qu'elle détenait une telle obtenu un permis délivré par les transporté, vendu, donné ou distribué de l'opium brut ou autorités fédérales, elle doit autorisation.

Certificat d'un analyste fédéral

drogues saisies par les policiers Admissibilité du certificat d'un relativement à une ou plusieurs analyste fédéral en preuve

- 10 -

1922 -

Trafic

- Modifications à la Loi de 1911
- infractions relatives à l'opium définies dans la Loi de 1920 à l'exception de la plupart des Activités illégales telles que brut ou préparé sans permis
- Maintien de l'infraction relative à l'exportation d'opium brut ou préparé
- Mise en accusation
- Emprisonnement maximal de 7 ans

Procédure sommaire

- 6 mois jusqu'à un maximum de Emprisonnement minimal de 18 mois; et
- Amende minimale de 200 \$ pouvant aller jusqu'à un maximum de 1 000 \$

Déportation de tout immigrant après la fin de sa peine)

- Vente, don ou distribution de drogues à un mineur, sans permis
- Mise en accusation
- 6 mois jusqu'à un maximum de Emprisonnement minimal de 7 ans
- Fouet à la discrétion du juge

Déportation de tout immigrant après la fin de sa peine)

Pouvoirs policiers

Mandats de perquisition

- drogues dans les lieux suivants: mandat une fouille ou saisie de magasin, boutique, entrepôt, Autorisation de mener sans jardin, et navire
- Autorisation de procéder avec un policier qui en fait la demande a des motifs raisonnables de croire mandat à une perquisition dans une maison d'habitation si le que de telles substances s'y trouvent

Procédure criminelle

Renversement du fardeau de la preuve

- dans le cas des infractions liées à Abrogation de cette procédure l'exception des accusations impliquant son exportation l'opium brut ou préparé, à
- Utilisation de la procédure pour distribution de drogues à un l'infraction de vente, don ou mineur

Possession

Simple possession

Mise en accusation

Emprisonnement maximal de 7 ans

Procédure sommaire

- 6 mois jusqu'à un maximum de Emprisonnement minimal de 18 mois; et
- Amende minimale de 200 \$ pouvant aller jusqu'à un maximum de 1 000 \$ •

(Déportation de tout immigrant après la fin de sa peine)

> elle est autorisée par les autorités consommation d'opium, sauf si Possession de pipes, lampes ou tout autre équipement utilisés pour la préparation ou la fédérales

Procédure sommaire

- Emprisonnement maximal d'un mois; et / ou
- Amende maximale de 100 \$

- 12 -

Commerce légal de stupéfiants

(Médecin)

fabrication ou la prescription de renseignements demandés par médicaments contenant des relativement à l'achat, la les autorités fédérales Refus de fournir les drogues

Procédure sommaire

- Emprisonnement maximal de 18 mois; et / ou
- Amende minimale de 200 \$ pouvant aller jusqu'à un maximum de 1000 \$
- Prescription de drogues pour des notamment lorsqu'elles ne sont pas requises pour le traitement fins autres que thérapeutiques d'une maladie

Procédure sommaire

- Emprisonnement maximal de 18 mois; et / ou
- Amende maximale de 1 000 \$

(Pharmacien)

médicales sans prescription écrite et Vente d'une drogue à des fins signée par un médecin

Procédure sommaire

- Emprisonnement maximal de 18 mois; et / ou
- jusqu'à un maximum de 1 000 \$ Amende minimale de 200 \$

législative de la modifications Loi de 1911 et Codification autres

Trafic

Exportation ou importation, importation de celle-ci dans un port non désigné par les Canada, fabrication, vente, transport à l'intérieur du drogues sans permis, ou don et distribution de autorités fédérales

Mise en accusation

- 6 mois jusqu'à un maximum de Emprisonnement minimal de 7 ans; et
- iusqu'à un maximum de 1 000 \$ Amende minimale de 200 \$

Procédure sommaire

- Aucune modification
- (Le tribunal ne peut imposer une peine moindre que le minimum prescrit par la Loi)

Mise en accusation

Vente, don ou distribution de stupéfiants à un mineur, sans

permis

- 6 mois jusqu'à un maximum de Emprisonnement minimal de 7 ans; et
- jusqu'à un maximum de 1 000 \$ Amende minimale de 200 \$

(Le tribunal ne peut imposer une peine moindre que le minimum prescrit par la Loi)

Pouvoirs policiers

Proceeding or minnelle

Maintien des pouvoirs octroyés aux policiers en 1911 et 1922

Procédure criminelle

Maintien des procédures criminelles adoptées entre 1911 et 1922 à l'exception de:

montant d'une amende payée par récompenser la personne qui a l'utilisation d'une partie du un contrevenant afin de porté plainte contre lui

Nouvelles procédures criminelles

Droit d'appel

- Retrait du droit d'appel d'un verdit déclaration de culpabilité par procédure sommaire pour les de culpabilité et / ou d'une sentence dans le cas d'une infractions suivantes:
- trafic ou possession de drogue sans permis
- vente, don ou distribution de drogue à un mineur

Possession

- Simple possession
- Mise en accusation
- 6 mois jusqu'à un maximum de Emprisonnement minimal de 7 ans; et
- usqu'à un maximum de 1 000 \$ Amende minimale de 200 \$

Procédure sommaire

Aucune modification

(Le tribunal ne peut imposer une peine moindre que le minimum prescrit par la Loi)

> elle est autorisée par les autorités Possession de pipes, lampes ou consommation d'opium, sauf si tout autre équipement utilisés pour la préparation ou la fédérales

Procédure sommaire

- Emprisonnement maximal de 3 mois; et / ou
- Amende maximale de 100 \$

Renversement du fardeau de la preuve

- Maintien de la procédure pour les infractions de simple possession ou trafic, sans permis
- Aiout de l'infraction prévoyant que il doit prouver que cette substance thérapeutiques une drogue. Ainsi, tout médecin ne peut prescrire ou fut utilisée uniquement à des fins administrer à des fins autres que médicales s'il veut être acquitté

Empreinte digitales et casier judiciaire

Application des dispositions de la condamnées par procédure Loi sur l'identification des criminels aux personnes sommaire

Certificat de l'analyste fédéral

Autorisation de déposer en preuve un certificat préparé par un analyste provincial

- Possession d'opium préparé pour Procédure sommaire fumeurs ou usage d'une telle substance
- Emprisonnement maximal de
 - 3 mois; et / ou
 - Amende maximale de 100 \$
- excuse légitime, où l'on fume de Se trouver dans un lieu, sans
- Procédure sommaire
- Emprisonnement maximal de 3 mois; et / ou
- Amende maximale de 100 \$

Commerce légal de stupéfiants

(Entreprises)

- Refus de tenir un registre sur les d'exportation, de fabrication, de drogues dûment autorisées par vente et de distribution de activités d'importation, les autorités fédérales
- Procédure sommaire
- Aucune modification

(Médecin)

- Prescription de drogues pour des notamment lorsqu'elles ne sont pas requises pour le traitement fins autres que thérapeutiques d'une maladie
- Procédure sommaire
- Aucune modification

(Pharmacien)

- écrite et signée par un médecin Vente d'une drogue à des fins médicales sans prescription dernière à plusieurs reprises ou renouvellement de cette
- Procédure sommaire
- Aucune modification

1925 -

Trafic

- Modifications à la Loi de 1923
- Mise en accusation Exportation ou importation,
- Aucune modification
- Procédure sommaire
- Aucune modification

un port non désigné par une importation de celle-ci dans vente et distribution d'une Canada, fabrication, don, transport à l'intérieur du

autorité fédérale

drogue sans permis, ou

Possession

Simple possession

Mise en accusation

Aucune modification

Procédure sommaire

discrétion, une peine de travaux prévues par la Loi de 1923, le tribunal peut imposer, à sa En plus des autres peines

Pouvoirs policiers

Perquisitions

- un véhicule automobile, un bateau, Autorisation de saisir sans mandat une chaloupe ou tout autre moyen de transport dans lequel une drogue fut trouvée
- policiers, de fouiller toute personne Ajout de la possibilité, pour les se trouvant sur les lieux d'une perquisition

Procédure criminelle

- Confiscation des drogues saisies
- transport dans lequel la drogue fut confiscation au profit du ministre chaloupe ou tout autre moyen de automobile, d'un bateau, d'une Ordonnance prévoyant la de la Santé d'un véhicule trouvée

Moyens de défense des médecins

plaider qu'il a prescrit une drogue Élimination du moyen de défense prévoyant qu'un médecin peut toxicomane afin que ce dernier à une personne malade ou .

Commerce légal de stupéfiants

(Médecin)

Prescription de drogues pour des d'une maladie ou qu'elles visent développé une dépendance à de notamment lorsqu'elles ne sont pas requises pour le traitement fins autres que thérapeutiques à traiter un toxicomane qui a telles substances suite à une surconsommation

Mise en accusation

3 mois jusqu'à un maximum de Emprisonnement minimal de 5 ans

Procédure sommaire

- Emprisonnement maximal de 18 mois; et / ou
- jusqu'à un maximum de 1 000 \$ Amende minimale de 200 \$
- discrétion, une peine de travaux Le tribunal peut imposer, à sa forcés e

(Pharmacien)

médicales sans prescription écrite et renouvellement de cette demière à signée par un médecin et sans en Vente d'une drogue à des fins authentifier la signature, ou plusieurs reprises.

Procédure sommaire

Aucune modification

puisse se l'administrer lui-même.

même un médicament constitue un qu'un patient qui s'administre luitraitement thérapeutique autorisé Ainsi, un médecin ne peut plus utiliser comme défense le fait par la Loi sur l'opium et les narcotiques

législative de la modifications Loi de 1923 et Codification autres

Trafic

- permis, importation de celle-Exportation ou importation, ci dans un port non désigné faussement qu'il s'agit d'un par les autorités fédérales, Canada, fabrication, don, vente et distribution sans transport à l'intérieur du d'une drogue ou d'une propriétaire prétend substance dont le stupéfiant
- Trafic de drogues par courrier

Mise en accusation

- Aucune modification Procédure sommaire
- Aucune modification

En plus des autres peines prévues par la Loi de 1923, le tribunal peut imposer, à sa discrétion, le fouet)

Mise en accusation

- 6 mois jusqu'à un maximum de Emprisonnement minimal de 7 ans; et
- usqu'à un maximum de 1 000 \$ Amende minimale de 200 \$

Procédure sommaire

- 6 mois jusqu'à un maximum de Emprisonnement minimal de 18 mois; et / ou
- iusqu'à un maximum de 1 000 \$ Amende minimale de 200 \$.

Pouvoirs policiers

Mandat de main-forte

- Possibilité d'obtenir un mandat de opération policière menée en vertu main-forte dans le cadre d'une de la Loi sur l'opium et les narcotiques
- l'obligation d'obtenir un mandat pour fouiller ou perquisitionner Cette nouvelle disposition permettait de contourner une maison d'habitation

Saisies et confiscations

- lampes, tout autre équipement ou utilisés pour la préparation ou la les différentes pièces de ceux-ci Élargissement des pouvoirs de prévus dans la Loi aux pipes, saisie et de confiscation déjà consommation d'opium
- prévus dans la Loi à l'argent utilisé Élargissement des pouvoirs de saisie et de confiscation déjà pour l'achat de drogues

En plus des autres peines prévues

par les Lois de 1923 et 1925, le

tribunal peut imposer, à sa

discrétion, le fouet)

Possession

propriétaire prétend faussement qu'il s'agit d'un stupéfiant) sans Simple possession de drogues permis, à des fins autres que (ou d'une substance dont le thérapeutiques

Mise en accusation

Aucune modification

Procédure sommaire

Aucune modification

(En plus des autres peines prévues par les Lois de 1923 et 1925, le tribunal peut imposer, à sa discrétion, le fouet)

Procédure sommaire

Possession de pipes, lampes, tout autre équipement ou les différentes pièces de ceux-ci

- Emprisonnement maximal de 3 mois; et / ou
- Amende maximale de 50 \$

elle est autorisée par les autorités utilisés pour la préparation ou la

fédérales

consommation d'opium, sauf si

pour réaliser une perquisition. Les policiers peuvent également être recourir à la force, si nécessaire, Maintien de la possibilité de assistés dans cette tâche par d'autres personnes Élargissement du pouvoir de saisir condamné pour une infraction à la transport utilisé par un trafiquant Loi peu importe s'il y avait ou non chaloupe ou tout autre moyen de automobile, un bateau, une et confisquer un véhicule une drogue à l'intérieur

Procédure criminelle

Renversement du fardeau de la preuve

Dans toute affaire relative au trafic autorités fédérales pour commettre autorisation dûment émise par les ou à la simple possession illégale d'une drogue, le procureur de la prétend faussement qu'il s'agit Couronne n'a pas à établir que substance dont le propriétaire d'une drogue ou de d'une l'intimé n'avait pas une 'un des actes reprochés.

- Possession d'opium préparé pour Procédure sommaire fumeurs ou usage d'une telle substance
- Emprisonnement maximal de 3 mois; et / ou
- Amende maximale de 50 \$
- Obtention de drogues auprès de deux médecins

Procédure sommaire

laquelle peut être rajoutée une Amende maximale de 500 \$ à période d'emprisonnement maximale de 12 mois pour défaut de paiement

Commerce légal de stupéfiants

(Médecin)

Prescription de drogues pour des fins maladie ou qu'elles visent à traiter un notamment lorsqu'elles ne sont pas dépendance à de telles substances requises pour le traitement d'une toxicomane qui a développé une suite à une surconsommation autres que thérapeutiques

Procédure sommaire

(Aucune modification)

peine moindre que celle prescrite (Le tribunal ne peut imposer une par la Loi)

telle autorisation, le fardeau de la Si l'accusé allègue qu'il avait une preuve lui revient

Certificat de l'analyste fédéral

- prévoyant l'admissibilité en preuve dorénavant, ce document constitue personne qui le donne ou l'émet. du certificat de l'analyste fédéral (ou provincial) en précisant que, Modifications à la procédure péremptoire du statut de la une preuve prima facie et
- Dans ce contexte, la preuve de la l'authentification de sa signature nomination de l'analyste ou n'est pas nécessaire

Bref de certiorari

prévoyant l'élimination du recours Abrogation de la disposition à un bref de certiorari

Droit d'appel

Élargissement de l'interdiction de dans le cas d'une déclaration de culpabilité et / ou une sentence porter en appel un verdit de sommaire pour l'infraction culpabilité par procédure

- 22 -

(Pharmaciens)

Vente ou administration d'un produit contenant des quantités de stupéfiants excédant les limites prescrites par la Loi et sans un étiquetage approprié à un enfant âgé de moins de 2 ans

Procédure sommaire

- (Première infraction)
- Amende maximale de 100 \$

suivante:

possession ou trafic d'une substance <u>qui s'apparente à</u> <u>une drogue</u>

(Infractions subséquentes)

- Emprisonnement maximal de 3 mois; et / ou
- Amende maximale de 100 \$
- e Refus de tenir un registre relativement aux achats ou ventes de drogues, à la fabrication de médicaments contenant de telles substances et au renouvellement de prescriptions émises par un

Procédure sommaire

- Emprisonnement maximal de 18 mois; et / ou
- Amende minimale de 200 \$
 pouvant aller jusqu'à un
 maximum de 1 000 \$

médecin

1932 -

Modifications à la Loi de 1929

Aucune modification

Aucune modification

Procédure criminelle

Droit d'appel

- Élargissement important de l'interdiction de porter en appel un verdit de culpabilité et / ou une sentence dans le cas d'une déclaration de <u>culpabilité</u> par procédure sommaire pour les infractions suivantes:
- des fins autres que médicales notamment lorsqu'elles ne sont pas requises pour le traitement d'une maladie ou qu'elles visent à traiter un toxicomane qui a développé une dépendance à de telles substances suite à une surconsommation (médecins);
- refus de fournir les renseignements demandés par les autorités fédérales relativement à l'achat, la fabrication ou la prescription de médicaments contenant des drogues (médecins);
- obtention de drogues auprès de deux médecins;

vente ou administration d'un

par la Loi et sans un étiquetage

excédant les limites prescrites

quantités de stupéfiants

produit contenant des

moins de 2 ans (pharmaciens);

approprié à un enfant âgé de

- contenants de telles substances fabrication de médicaments prescriptions émises par un relativement aux achats ou refus de tenir un registre et au renouvellement de médecin (pharmaciens); ventes de drogues, à la
- lampes, tout autre équipement possession illégale de pipes, ou les différentes pièces de consommation d'opium; et ceux-ci utilisés pour la préparation ou la
- trafic de drogues par courrier

Trafic

Culture du pavot somnifère ou du cannabis sativa sans permis

> Modifications à la Loi de 1929

Mise en accusation

Emprisonnement minimal de 6 mois pouvant aller jusqu'à 7 ans

Amende minimale de 200 \$ pouvant aller jusqu'à un maximum de 1 000 \$

Procédure sommaire

- Emprisonnement minimal de 6 mois pouvant jusqu'à un maximum de 18 mois
- Amende minimale de 200 \$ pouvant aller jusqu'à un maximum de 1 000 \$

Déportation des immigrants -Fouet)

Possession

Aucune modification

Commerce légal de stupéfiants

Aucune modification

Procédure criminelle

Droit d'appel

- en appel un verdit de culpabilité et d'une déclaration de culpabilité par Retrait de l'interdiction de porter / ou une sentence dans le cas procédure sommaire pour l'infraction suivante:
- obtention de drogues auprès de deux médecins

Trafic

1946 -

Vente, don, <u>administration</u> illégale ou distribution de drogues à un mineur (1921)

> Modifications à la Loi de 1929

Aucune modification

Procédure criminelle

Renversement du fardeau de la preuve

pavot somnifère sans permis à la culture du cannabis sativa ou du Ajout de l'infraction relative à la procédure adoptée en 1929

1954 -

Modifications à la Loi de 1929

Trafic

Abrogation des dispositions

(Abrogation de la peine de travaux

Saisie et confiscation Pouvoirs policiers

Modification des pouvoirs de saisie et de confiscation afin d'exclure l'équipement nécessaire pour fumer ou préparer d'opium infractions abrogées)

immigrants. Elle furent transférées

concernant la déportation des

à la Loi sur l'immigration en 1952,

mais s'appliquent toujours aux

infractions liées aux drogues)

Procédure criminelle

Renversement du fardeau de la preuve

Possession en vue de trafic

Emprisonnement maximal de 14

Mise en accusation

Importation, exportation, administration, transport,

fabrication, vente,

Fouet (à la discrétion du juge)

drogue ou d'une substance dont livraison et distribution d'une

faussement qu'il s'agit d'un

stupéfiant

le propriétaire prétend

possession de la drogue. Sinon, possession en vue de trafic de l'accusé était illégalement en Couronne doit prouver que drogues, le procureur de la criminelle impliquant la

Possession en vue de trafic

Mise en accusation

Emprisonnement maximal de 14

il est acquitté.

Fouet (à la discrétion du juge)

Dans toute poursuite

doit prouver qu'il ne possédait Dans le cas contraire, l'intimé pas cette substance à des fins possession. Sinon, il est condamné pour simple condamné pour trafic. de trafic. S'il fait cette démonstration, il est

Culture du pavot somnifère ou Aucune modification du cannabis sativa sans permis

(Abrogation de l'infraction de vente, don ou d'administration d'une drogue à un mineur)

(Abrogation de l'infraction de trafic de drogues par courrier)

Possession

Simple possession

Mise en accusation

Emprisonnement minimal de 6 mois jusqu'à un maximum de 7 ans

Procédure sommaire

 Emprisonnement minimal de 6 mois jusqu'à un maximum de 18 mois

(Fouet (à la discrétion du juge))

(Le tribunal ne peut imposer une peine moindre que le minimum prescrit par la Loi)

illégal le fait de posséder de l'opium Abrogation de l'infraction rendant préparé pour fumeurs ou l'usage d'une telle substance)

(Abrogation de l'infraction rendant illégal le fait de se trouver dans un lieu où l'on fume de l'opium) (Abrogation de l'infraction rendant ceux-ci utilisés pour la préparation ainsi que des différentes pièces de lampes ou tout autre équipement illégale la possession de pipes, ou la consommation d'opium)

Commerce légal de stupéfiants

Aucune modification

-30-

stupéfiants Loi sur les -1961

- Activités illégales définies dans la Loi de 1954 à l'exception des infractions d'importation et d'exportation Trafic
- Tout comme dans le cas des lois substances qui sont faussement présentées par un trafiquant antérieures, cette infraction comme étant des drogues s'étend également aux inscrites à l'annexe
- Exportation et importation
- Possession en vue de trafic

- (Abrogation de la peine de fouet) Mise en accusation
- Emprisonnement maximal de 25 ans (à vie)

Mise en accusation

- 7 ans jusqu'à un maximum de Emprisonnement minimal de 25 ans (à vie)
- Mise en accusation
- Emprisonnement maximal de 25 ans (à vie)

Pouvoir policiers

Mandat de main-forte

Maintien de cette disposition sans modification

Perquisitions

- tout lieu ainsi que des personnes s'y trouvant (à l'exception d'une perquisitions sans mandat dans fabrication ou consommation d'équipements servant à leur maison d'habitation) où les raisonnables de croire à la Maintien des dispositions autorisant les fouilles et présence de drogues ou policiers ont des motifs
- fouille ou perquisition en précisant objets susceptibles de contenir des porte ou une serrure, enfoncer un autorisant l'usage de la force, si mur et un plafond, ou briser les nécessaire, afin de réaliser une qu'un policier peut forcer une Maintien de la disposition drogues

du cannabis sativa sans permis Culture du pavot somnifère ou

Possession

Simple possession

Emprisonnement maximal de

Mise en accusation

7 ans

Mise en accusation

Emprisonnement maximal de

Commerce légal de stupéfiants

- législatives adoptées entre 1911 et légal de stupéfiants de la Loi aux 1946 concernant le commerce Transfert des dispositions règlements
- concernant les activités légitimes administration, prescriptions et vente, production, distribution, des entreprises, médecins et pharmaciens en matière de Règlements adoptés par le gouverneur en conseil tenue de registres

Procédure sommaire

- Emprisonnement maximal de 6 mois; et / ou
- Amende maximale 500 \$

Maintien de la procédure prévoyant l'assistance d'une personne qu'il désigne pour mener à bien une qu'un policier peut obtenir perquisition

Procédure criminelle

Renversement du fardeau de la preuve

- en 1954 dans le cas d'une infraction de possession en vue de trafic avec clarifier la procédure et garantir un Maintien de la procédure adoptée plus grand respect du principe de quelques modifications pour présomption d'innocence.
- prouver qu'il a agi légitimement pour des fins thérapeutiques ou autorisation gouvernementale prévoyant qu'un accusé doit Maintien de la procédure scientifiques grâce à une

Certificat d'un analyste fédéral ou provincial Maintien de cette disposition tout en précisant que l'analyste serait nommé en fonction de la Loi sur les aliments et les drogues.

Détention préventive

en détention préventive pour une Pour une infraction de trafic, de d'exportation ou importation de ordonner que l'accusé soit placé possession en vue de trafic, ou mesure remplace toute autre sentence qui pourrait lui être période indéterminée. Cette drogues, le tribunal peut imposée.

(Cette disposition n'a jamais été proclamée)

Traitement

l'accusé, peut renvoyer ce dernier procureur de la Couronne ou de de déterminer s'il est admissible d'exportation ou d'importation, en détention pour examen afin simple possession, de trafic, de possession en vue de trafic, ou à un programme de traitement Dans le cas d'infractions de le tribunal, sur demande du pour toxicomanie.

Confiscation

- Maintien du pouvoir de confisquer infraction de simple possession, de au profit du ministre de la Santé et l'usage, la fabrication ou l'achat de seringues, aguilles, équipements disposer de ces substances selon d'importation (Le ministre peut les dispositions prévues par les trafic, de possession en vue de ainsi que l'argent utilisé pour telles substances suivant une trafic, ou d'exportation ou du Bien-être les drogues, textes réglementaires)
- navire ou autre moyen de transport Maintien du pouvoir de confisquer l'exportation ou l'importation de tout véhicule moteur, aéronef, utilisé pour faire le trafic, drogues

Restitution

Maintien du régime prévoyant une au profit du ministre de la Santé et préalablement à leur confiscation ordonnance de restitution des drogues ou objets liés à leur fabrication ou leur usage du Bien-être

- condamné à la détention aux fins Si tel est le cas, l'accusé doit être pour une période indéterminée au lieu de toute autre sentence institution fédérale spécialisée de traitement dans une prévue par la Loi.
- préventive ne peut excéder 10 Dans le cas d'une première infraction, la détention ans.
- les libérations conditionnelles et, renvoyer en détention préventive cours de sa période de probation d'appel, est assujetti à la Loi sur s'il fait usage de drogues au L'intimé dispose d'un droit à tout moment, peut être

s'appliquent avant qu'un tribunal Toutefois, certains critères ordonne la restitution:

- tribunal au plus tard deux mois La demande doit être faite au après la saisie;
- dans l'infraction, le tribunal doit nécessaires à la poursuite d'une drogues ou objets saisis s'il est demandeur n'est pas impliqué convaincu qu'ils ne seront pas restituer immédiatement les enquête ou des procédures S'il est convaincu que le udiciaires
- Par contre, si le tribunal en décide autrement, ils ne seront restitués l'expiration d'un délai de quatre mois si aucune poursuite n'est qu'à la fin du procès ou après entamée contre l'accusé

Le demandeur dispose d'un droit

Demande de tiers intéressés

Création d'un régime autorisant un véhicule moteur, d'un navire ou de Pinfraction - à faire une demande tiers intéressé - une personne qui d'ordonnance au tribunal pour la tout autre moyen de transport. restitution d'un aéronef, d'un n'a pas été impliqué dans

restitution d'objets saisis lors d'une Les procédures qui s'appliquent ordonnance sont semblables à celles susmentionnées pour la pour la délivrance d'une telle opération policière.

Le tiers dispose également d'un droit d'appel

Droit d'appel

appeler d'un verdict de culpabilité ou d'une sentence pour certaines Abrogation de l'interdiction d'en infractions

politique de détention préventive de traitement pour toxicomanie accompagnée d'un programme (dans les cas qui n'impliquent pas une infraction à la Loi), le compétentes afin de transférer conclure une entente avec les Si une province adopte une gouvernement fédéral peut les toxicomanes dans les autorités provinciales institutions fédérales spécialisées.

(Ces dispositions n'ont jamais été proclamées)

Empreintes digitales et casier judiciaire

Abrogation de la procédure prevoyant l'application des dispositions de la *Loi sur*

l'identification des criminels aux

personnes condamnées par

procédure sommaire (1923)

-36-

Loi sur les aliments et drogues

Ajout de la partie III à la Loi sur les aliments et drogues – Barbituriques et amphétamines

(Drogues contrôlées - Annexe G)

Trafic

Fabrication, vente, transport, exportation, importation ou livraison d'une drogue contrôlée sans autorisation des autorités fédérales

(Exclusion de l'administration ou de la distribution de telles substances)

Mise en accusation

Emprisonnement maximal de 10 ans

Procédure sommaire

Emprisonnement maximal de 18

mois

possession de drogues contrôlées

Procédure criminelle

stupéfiants de 1961 qui, toutefois,

ceux prévus par la Loi sur les

ne s'appliquent pas à la simple

Pouvoirs policiers semblables à

Pouvoirs policiers

Procédures criminelles semblables à celles prévues par la *Loi sur les* stupéfiants de 1961 qui, toutefois, ne s'appliquent pas à la possession de drogues contrôlées

Possession en vue du trafic

Possession en vue de trafic

Mise en accusation

Emprisonnement maximal de 10 ans

Procédure sommaire

• Emprisonnement maximal de 18 mois

Possession

Aucune infraction pour simple possession

Commerce légal des drogues contrôlées Règlements adoptés par le concernant les activités gouverneur en conseil

Procédure sommaire

- Emprisonnement maximal de 6 mois; et / ou
- Amende maximale 500 \$

- 38 -

-6961

Loi sur les aliments et drogues

Ajout de la partie IV à la Loi sur les aliments et drogues – Hallucinogènes

(Drogues à usage restreint – Annexe J)

Trafic

 Fabrication, vente, transport, exportation, importation ou livraison d'une drogue d'usage restreint sans autorisation des autorités fédérales (Exclusion de l'administration ou de la distribution de telles substances)

Possession en vue de trafic

• Possession en vue de trafic

Mise en accusation

Emprisonnement maximal de 10 ans

Procédure sommaire

Emprisonnement maximal de 18 mois

Mise en accusation

• Emprisonnement maximal de 10 ans

Procédure sommaire

• Emprisonnement maximal de 18 mois

Pouvoirs policiers

Pouvoirs policiers semblables à ceux prèvus à la Partie III.
Contrairement à cette dernière, ils s'appliquent également à la simple possession de drogues à usage restreint

Procédure criminelle

Procédures pénales semblables à celles prévues par la Partie III.

Contrairement à cette dernière, elles s'appliquent également à la simple possession de drogues à usage restreint

Certificat de l'analyste nommé conformément à la Loi sur les aliments et drogues

 Modification à la procédure d'admissibilité du certificat de Panalyste lors d'un procès En vertu de la Loi de 1961, un tribunal pouvait admettre en preuve le certificat de l'analyste nommé en fonction de la Loi sur les aliments et drogues. Ce document constituait une preuve prima facie et péremptoire du statut de la personne qui le donne statut de la personne qui le donne

Possession

Simple possession

Mise en accusation

- Emprisonnement maximal de 3 ans; ou
- Amende de 5 000 \$

Procédure sommaire

Première infraction

- Emprisonnement maximal de 6 mois; et / ou
- Amende maximale de 1 000 \$

Infractions subséquentes

- Emprisonnement maximal d'un an; et / ou
- Amende maximale de 2 000 \$

ou l'émet.

Dans ce contexte, il n'était ni nécessaire de prouver la nomination de cette personne ni de procéder à l'authentification de sa signature.

En 1969, cette procédure a été modifiée afin de permettre au procureur de la Couronne de prouver oralement sous serment, par affidavit ou par déclaration solennelle le statut de la personne qui a signé le certificat. Ainsi, elle n'a pas à se présenter devant le tribunal.

Toutefois, un juge peut exiger que l'analyste se présente devant lui afin d'être interrogé ou contre-interrogé pour mieux évaluer les renseignements inscrits dans l'affidavit ou la déclaration solennelle.

Commerce légal des drogues d'usage restreint

- Règlements adoptés par le gouverneur en conseil
- Procédure sommaire
- Emprisonnement maximal de 18 mois; et / ou
- Amende de 500 \$.

2 A 2000 well
7 BB060
- A 10 -
S -0 SSS2/4 4
97.999.74
Champion ASSP 1 6
(PARCONS) _A
B-16/25/25/26/26
A ASS (S) 400 (S)
Mary Comments
5-2995-4
8-2884
10 ASS - ASS
8,-4887-48
0.**258.74
w. I word
LODING TO STREET
5006290A9556
335.92
5254369
0.4003655
1 2023.00
55 3337333
844-8683993
SA-240 SEES
849250000000
A57387 (3)
W2357=5854088
\$59.50 XXX
3.574.635740.7888

Modifications à la Loi sur les stupéfiants -6961

Mise en accusation

Simple possession

Emprisonnement maximal de 7 ans

Procédure sommaire Première infraction • Emprisonnement maximal de 6 mois; et / ou

Amende maximale de 1 000 \$

Infractions subséquentes

 Emprisonnement maximal d'un an; et / ou

Amende maximale de 2 000 \$

Procédure criminelle

Certificat de l'analyste

apportées à la Loi sur les aliments Modifications identiques à celles et drogues

Loi de 1985 -

Possession

d'ordonnances antérieures à un Divulgation de l'existence médecin

Modifications à

la Loi de 1961

éviter qu'une personne consulte deux s'apparente à celle qui fut introduite narcotiques en 1929 qui interdisait Cette nouvelle infraction visait à 'obtention de drogues auprès de médecins en même temps afin dans la Loi sur l'opium et les d'obtenir des drogues. Elle deux médecins)

Mise en accusation

Emprisonnement maximal de 7 ans

(Première infraction) Procédure sommaire

Emprisonnement maximal de 6 mois; on

Amende maximale de 1 000 \$

(Deuxième infraction)

- Emprisonnement maximal d'un an; on
- Amende maximale de 2 000 \$

Pouvoirs policiers

Perquisitions

Abrogation du mandat de mainforte

Procédure criminelle

possession de drogues à des fins de fardeau de la preuve concernant la prévoyant le renversement du Abrogation de la procédure trafic

Loi de 1988 -

Trafic

Modifications à la Loi de 1961

Exportation et importation

Mise en accusation

Emprisonnement maximal de 25 ans (à vie) En 1987, dans l'arrêt R. c. Smith, la Cour suprême du Canada a déclaré inconstitutionnelle l'imposition d'emprisonnement de 7 ans) d'une peine minimale

(Valeur de plus de 1 000 \$) Possessions de biens obtenus grâce au trafic de stupéfiants

Mise en accusation (Cette nouvelle infraction s'applique trafic, d'exportation et d'importation aux activités illégales de culture, de

Emprisonnement maximal de 10 ans de drogues au Canada ou à l'étranger

si elles sont commises par des

citoyens canadiens)

Pouvoirs policiers

au trafic de stupéfiants et de recyclage s'appliquent également à la Loi sur les perquisitions, de fouilles, de saisies et de possession de biens obtenus grâce de détention relatives aux infractions Les dispositions du Code criminel concernant les procédures de des produits de la criminalité stupéfiants

Procédure criminelle

intéressés et la gestion des biens saisis relatives aux infractions de possession produits de la criminalité s'appliquent également à la Loi sur les stupéfiants de biens obtenus grâce au trafic de Les dispositions du Code criminel restitution, les demandes de tiers stupéfiants et de recyclage des concernant la confiscation et

- 44 -

Mise en accusation

Emprisonnement maximal de 2 ans

Procédure sommaire

- Emprisonnement maximal de 6 mois; et / ou .
- Amende maximale de 2 000 \$
- Recyclage des produits de la criminalité

(Cette nouvelle infraction s'applique d'importation de drogues au Canada ou à l'étranger si elles sont commises plus particulièrement le blanchiment également aux activités illégales de par des citoyens canadiens et vise culture, de trafic, d'exportation et d'argent)

Mise en accusation

Emprisonnement maximal de 10 ans

Procédure sommaire

- Emprisonnement maximal de 6 mois; et / ou
- Amende maximale de 2 000 \$

-9661

réglementant certaines

drogues et

autres

morphine, héroïne, codéine, cocaïne, Annexe I: Opiacés (opium, morphinanes, etc.)

Annexe II: Cannabis (marijuana), haschisch, cannabinol, etc.

hallucinogènes (mescaline, LSD, Annexe III : Amphétamines et DET, PCP)

substances

benzodiazépines (Seconal, Luminal, Valium et Librium) et stéroïdes Annexe IV: Barbituriques, anabolisants

Annexe V: Autres substances pouvant donner lieu à l'abus

drogues ou drogues « designer ») Annexe VI : Précurseurs (smili-

Annexe VII: Trafic de cannabis

cannabis (marijuana) ou de Jusqu'à 3 kilogrammes de haschisch

Pouvoirs policiers

Perquisitions et saisies

- Abrogation du droit de faire des perquisitions, fouilles ou saisies sans mandat
- fouilles ou saisies sans mandat si la sous réserve que les conditions de prévention d'une infraction, etc.), situation rend difficile l'obtention preuves, urgence de la situation, rapide d'une telle autorisation autorisant les perquisitions, destruction imminente de Création d'une procédure délivrance soient réunies
- permettant la saisie d'un moyen de substance désignée avec usage de l'assistance de personnes autres la force, si nécessaire, ou avec transport, d'un objet et d'une Maintien de la procédure que des policiers

ou saisie avec ou sans mandat, les Toutefois, lors d'une perquisition ministre de la Santé précisant: rapport au juge de paix et au policiers doivent envoyer un

Annexe VIII: Possession de cannabis 1 gramme de haschisch; ou

Jusqu'à:

30 grammes de cannabis (marijuana) Trafic ou possession en vue du trafic

Administration, don, transport, autre activité qui sort du cadre expédition, livraison ou toute réglementaire

propriétaire prétend faussement qu'il drogues naturelles ou synthétiques, utilisés pour consommer, fabriquer Substance désignée comprend: s'agit d'une drogue et les objets toute autre substance dont le ou entreposer une drogue)

- le lieu de la perquisition;
- la substance désignée;
- l'endroit où cette dernière est entreposée.
- par la Loi sur les stupéfiants aux: biens immobiliers ainsi qu'à ceux modifiés pour des fins criminelles (repaires

perquisition et saisie déjà prévus

Élargissement des pouvoirs de

d'organisations criminelles); et

- raisonnables, à tout autre objet si les policiers ont des motifs qui permettrait d'établir la preuve d'une infraction
- perquisition dans une province autre que celle ou il a été émis Validité d'un mandat de

Immunité policière

substances a permis au gouverneur en conseil d'autoriser par le biais posséder et à faire le trafic de En 1996, la Loi réglementant de règlements les policiers, à certaines drogues et autres substances désignées lors

Annexes I et II

Mise en accusation

Emprisonnement maximal de 25 ans (à vie)

Mise en accusation

Annexe III

Emprisonnement maximal de

Procédure sommaire

 Emprisonnement maximal de 18 mois

Mise en accusation

Annexe IV

Emprisonnement maximal de 3 ans

Procédure sommaire

Emprisonnement maximal d'un

Mise en accusation

Annexe VII

Emprisonnement maximal de 5 ans moins un jour

d'opérations d'achats bidons ou de ventes surveillées.

simple possession, la possession en 6, 7, 8 et 9 de la LRDS prohibent la À l'heure actuelle, les articles 4, 5, stupéfiants, la possession de biens issus d'activités criminelles ou le 'exportation, la production de recyclage des produits de la vue du trafic, l'importation. criminalité.

possession d'une drogue après une Par contre, l'article 3 du Règlement relatifs à l'application de la Loi sur leurs fonctions ou en rapport avec posséder des drogues aux fins de les stupéfiants afin d'éviter qu'un elles. Cette disposition existait à policer ne soit accusé de simple sur les stupéfiants autorise les l'époque dans les règlements inspecteurs et les policiers à perquisition)

l'application des articles 4, 5, 6, 78 immunité juridique aux agents de réglementant certaines drogues et et 9 de la Loi. Dans ce cas, les l'exécution policière de la Loi autres substances prévoit une De plus, le Règlement sur la paix en ce qui a trait à

- 48 -

Culture ou production

Annexe I et annexe II (à l'exception du cannabis)

Mise en accusation

25 ans (à vie)

Emprisonnement maximal de

Emprisonnement maximal de

Mise en accusation

Cannabis

Annexe III

Mise en accusation

Emprisonnement maximal de 10 ans

Procédure sommaire

Emprisonnement maximal de 18 mois

être membre actif de la police et ils disposition doivent en tout temps doivent se trouver dans l'exercice de leurs fonctions au cours de personnes visées par cette l'enquête en question.)

afin d'accorder aux policiers, selon criminelle au cours d'une enquête criminel a été amendé (Loi C-24) ou d'une opération d'infiltration d'une organisation criminelle ou certains critères, une immunité infractions suivantes: meurtre, l'administration de la Justice et homicide involontaire, lésions disposent d'aucune immunité uridique s'ils commettent les En décembre 2001, le Code uridique lorsqu'ils doivent terroriste. Toutefois, ils ne commettre une infraction corporelles, obstruction à agression sexuelle.

Procédure criminelle

Détermination de la peine

détermination de la peine (respect de la Loi, maintien d'une société Définition de principes devant guider les tribunaux lors de la uste et paisible, réinsertion

Annexe IV

Mise en accusation

• Emprisonnement maximal de 3 ans

Procédure sommaire

- Emprisonnement maximal d'un an
- Mise en accusation

Exportation et importation

Annexes I et II

Emprisonnement à perpétuité (25 ans)

Annexes III et VI

Mise en accusation

Emprisonnement maximal de

Procédure sommaire

10 ans

• Emprisonnement maximal de 18 mois

sociale, <u>traitement</u> et réparation des torts causés aux victimes)

- Définition de circonstances aggravantes :
- utilisation d'une arme;
- recours à la violence;
- trafic d'une substance désignée aux annexes I, II, III et IV auprès d'un mineur ou sur le territoire d'une école;
- condamnation antérieure relative à la Loi; et utilisation d'un mineur pour

commettre une infraction

Tout tribunal qui décide de ne pas imposer une peine d'emprisonnement dans les affaires impliquant des circonstances aggravantes ou qui nécessitent une forte réprobation sociale doit justifier sa décision

- 99 -

Annexe IV ou V

Confiscation

Emprisonnement maximal de Mise en accusation

prévoyant la confiscation des : substances désignées; Maintien de la procédure

Procédure sommaire

moyens de transport, des biens stupéfiants (élargissement aux biens immobiliers ordinaires ou modifiés pour des fins acquis grâce au trafic de criminelles); et

Emprisonnement maximal d'un

produits de la criminalité

(Valeur de plus de 1 000 \$)

Possessions de biens obtenus

Mise en accusation

trafic, d'exportation et d'importation, Canada ou à l'étranger si elles sont grâce au trafic de substances (Cette infraction s'applique aux activités illégales de culture, de et de production de drogues au commises par des citoyens désignées

Emprisonnement maximal de 10 ans

(Valeur de moins de 1 000 \$)

Mise en accusation

canadiens)

Emprisonnement maximal de

Procédure sommaire

- Emprisonnement maximal de 6 mois; et / ou
- Amende maximale de 2 000 \$
- le procureur de la Couronne. Il doit que la demande doit être faite par concernant les demandes de tiers intéressés en précisant, toutefois, automatiquement restitués à leur nécessaires pour la poursuite de l'enquête ou des procédures prouver que les biens sont udiciaires. Sinon, ils sont Maintien de la procédure propriétaire.
- blocage des biens obtenus grâce au trafic de substances désignées, de biens immobiliers ou de produits Création d'une ordonnance de de la criminalité

Recyclage des produits de la criminalité

drogues au Canada ou à l'étranger si elles sont commises par des citoyens également aux activités illégales de d'importation, et de production de culture, de trafic, d'exportation et particulièrement le blanchiment Cette infraction s'applique canadiens et vise plus d'argent)

Possession

Simple possession

Annexe I

Mise en accusation

Emprisonnement maximal de 10 ans

Procédure sommaire

- Emprisonnement maximal de 6 mois; et / ou
- Amende maximale de

Mise en accusation

Emprisonnement maximal de 7 ans

Procédure sommaire

- Emprisonnement maximal de 6 mois; et / ou
- Amende maximale de 1 000 \$

- pour la restitution ou la disposition Création d'une procédure distincte clarifier les anciennes dispositions des substances désignées afin de réglementaires de la Loi sur les stupéfiants
- gouvernementaux du Canada ou au des Travaux publics et des Services Procureur général d'une province. confisqués au profit du ministre produits de la criminalité soient Possibilité que les biens ou

Inspecteurs fédéraux

- substances désignées. Ainsi, ils régissant le commerce légal de Définition des pouvoirs des inspecteurs nommés par le d'appliquer les règlements gouvernement fédéral afin peuvent:
- d'un des occupants), examiner lieu, équipement ou contenant visiter (avec le consentement et fouiller sans mandat tout désignée ou un précurseur; entreposer une substance servant à produire ou
- avec mandat servant à produire fouiller tout local d'habitation

Annexe II

Mise en accusation

Emprisonnement maximal de 5 ans moins un jour

Procédure sommaire

(Première infraction)

- Emprisonnement maximal de 6 mois; et / ou
- Amende maximale de 1 000 \$

(Infractions subséquentes)

- Emprisonnement maximal d'un an; et / ou
- Amende maximale de 2 000 \$

Annexe VIII

Procédure sommaire

- Emprisonnement maximal de 6 mois; et / ou
- Amende maximale de 1 000 \$

- ou entreposer une substance désignée ou un précurseur;
- emporter tout matériel
 informatique dans lequel sont
 emmagasinées des
 informations sur les substances
 désignées ou les précurseurs;
- saisir ces substances, si nécessaire, et les restituer conformément aux règlements; et
- utiliser la force ou être accompagné d'un policier pour mener à bien leur mandat.

Arbitrage et règlements spéciaux

- Création d'une procédure spéciale permettant au gouverneur en conseil de désigner des règlements d'application de la Loi appelés « règlements spéciaux » dont la contravention est régie par des ordonnances administratives spéciales et non par les infractions prévues dans la Loi.
- Création d'un mécanisme d'arbitrage permettant aux pharmaciens, médecins et entreprises de contester les

Annexe III

Mise en accusation

Emprisonnement maximal de 3 ans

ordonnances prises en vertu de ministère de la Santé après une règlements spéciaux par le enquête d'un inspecteur

Procédure sommaire

(Première infraction)

- Emprisonnement maximal de 6 mois; et / ou
- Amende maximale de 1 000 \$

(Infractions subséquentes)

- Emprisonnement maximal d'un an; et / ou .
- Amende maximale de 2 000 \$

antérieures à un médecin (1985) Divulgation d'ordonnances

Annexe I

Mise en accusation

Emprisonnement maximal de 7 ans - 54 -

Procédure sommaire

(Première infraction)

- Emprisonnement maximal de 6 mois; et / ou
- Amende maximale de 1 000 \$

(Infractions subséquentes)

- Emprisonnement maximal d'un an; et / on
- Amende maximale de 2 000 \$

Annexe II

Mise en accusation

Emprisonnement maximal de 5 ans moins un jour

Procédure sommaire

(Première infraction)

- Emprisonnement maximal de 6 mois; et / ou
- Amende maximale de 1 000 \$

(Infractions subséquentes)

- Emprisonnement maximal d'un an; et / ou
- Amende maximale de 2 000 \$

Annexe III

Mise en accusation

Emprisonnement maximal de 3 ans

Procédure sommaire

(Première infraction)

- Emprisonnement maximal de 6 mois; et / ou
- Amende maximale de 1 000 \$

(Infractions subséquentes)

- Emprisonnement maximal d'un an; et / ou
- Amende maximale de 2 000 \$

Mise en accusation

Emprisonnement maximal de 18 mois

Procédure sommaire

(Première infraction)

- Emprisonnement maximal de 6 mois; et / ou
- Amende maximale de 1 000 \$

(Infractions subséquentes)

- Emprisonnement maximal d'un an; et / ou
- Amende maximale de 2 000 \$

Commerce légal de stupéfiants

Règlements adoptés par le gouverneur en conseil

Mise en accusation

- Emprisonnement maximal de 3 ans; et / ou
- Amende maximale de 5 000 \$

Procédure sommaire

- Emprisonnement maximal de 6 mois; et / ou
- Amende maximale de 1 000 \$

Usage thérapeutique du cannabis

thérapeutiques ou scientifiques l'utilisation cette substance Disposition permettant désignée pour des fins

substance désignée inscrite à une conditions qu'il fixe, soustraire à En vertu de l'article 56 de la Loi, catégorie de personnes ou toute d'intérêt public le justifient, le ministre de la Santé peut, aux règlements toute personne ou l'application de Loi ou de ses médicales, scientifiques ou s'il estime que des raisons annexe de la Loi.

d'accorder une exemption afin de En juillet 2000, cette procédure à la Cour d'appel de l'Ontario dans permettre l'usage de la marijuana contraire à l'article 7 de la Charte trop vaste le pouvoir du ministre été jugée inconstitutionnelle par personne, justice fondamentale). canadienne des droits et libertés époque, le tribunal avait jugé l'affaire R. c. Parker. À cette à des fins thérapeutiques et (liberté et sécurité de la

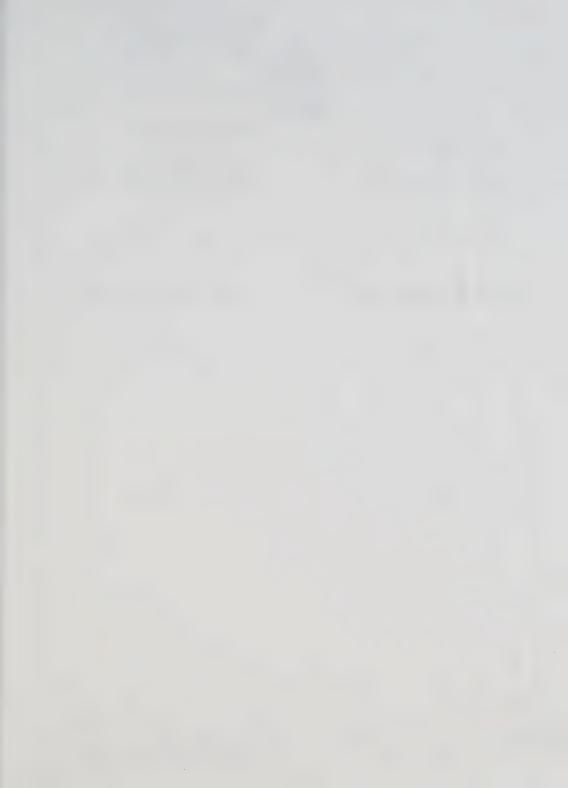
un règlement permettant l'usage fédéral a adopté, en juillet 2001, thérapeutique du cannabis. situation, le gouvernement Afin de remédier à cette

Détention préventive (1961)

Disposition abrogée

Détention pour traitement (1961)

Disposition abrogée





If undelivered, return COVER ONLY to: Communication Canada – Publishing Ottawa, Ontario K1A 0S9

En cas de non-livraison, retourner cette COUVERTURE SEULEMENT à: Communication Canada – Édition Ottawa (Ontario) K1A 0S9





First Session Thirty-seventh Parliament, 2001-02

SENATE OF CANADA

Special Senate Committee on

Illegal Drugs

Chairman:
The Honourable PIERRE CLAUDE NOLIN

INDEX

OF PROCEEDINGS

(Issues Nos. 1 to 23 inclusive)

Première session de la trente-septième législature, 2001-2002

SÉNAT DU CANADA

Comité spécial du Sénat sur les

Drogues illicites

Président:
L'honorable PIERRE CLAUDE NOLIN

INDEX

DES DÉLIBÉRATIONS

(Fascicules nos 1 à 23 inclusivement)



Prepared by

Ariane Bissonnette

Information and Documentation Branch,

LIBRARY OF PARLIAMENT

Compilé par

Ariane Bissonnette

Direction de l'information et de la documentation,

BIBLIOTHÈQUE DU PARLEMENT

Published by the Senate of Canada

Publié par le Sénat du Canada

SENATE OF CANADA

Illegal Drugs, Special Senate Committee 1st Session, 37th Parliament, 2001-02

INDEX

(Issues 1-23 inclusive)

Numbers in bold refer to the issue number.

R: Issue number followed by R refers to the report contained within that issue

Vol. 1, pt. 1 refers to volume 1, part 1 of the issue.

COMMITTEE

Illegal Drugs, Special Senate Committee

Motions and agreements

Budget, 14:5

Discussion paper, final version, 15:4 In camera session, 1:7; 16:3-4; 20:3

Organization meeting, 1:5-6,10-21

Public hearings, plans, 14:5

Report, 16:5; 23R(v.1,pts.1-2):3

Order of reference

Illegal drugs, 1:3-4; 23R(v.1,pts.1-2):7-12

Procedure, 1:21-4; 2:15-6; 3:52-3; 4:5-6; 5:5-6; 6:5-7; 7:5-6; 8:5-6; 9:4-6; 11:5-6; 12:4-5; 13:5-6; 14:6-9; 15:5-6,65-6;

23R(v.1,pts.1-2):13-23

Reports to Senate

Budget, 2:5-9,14

Expenses incurred during the Second Session of the Thirty-sixth

Parliament, 1:9

SENATORS

Banks, Hon. Tommy

Drugs and substances, 2:28-9,45-50,57,71-3,76-9,96-7; 3:14-20, 30-3,41,57-67; 4:14-5,31-4,43-5,48,53-60,63-8,84-90; 6:25-6, 40-3,46-8,65-8; 7:22-4,37-9,53; 8:22-9,43-6,49,54,70-3; 11:19, 22-3,29-33,36-7,43-4,47-9,59-60,65-7,72; 12:12-4,26-7,38-42; 15: 20-4,33-5,39-40,44,62-4; 18:16,27-31,36-7,47-9,57-8,71,90-1, 95-8,103; **19:**9-15,19,22,25-7,36-7,43-55; **20:**12-7,23-7,31-5, 43-5; 22:13-7,23-4,32-9,48-50,53,61-3,79-83,88

Biron, Hon. Michel

Drugs and substances, 18:50

Carney, Hon. Pat

Drugs and substances, 10:16-8,33,42-6,51-3,69,79-82,92-3,96,105-6; 17:13-22,27-32,35,42-6,53-4,59,65-6,74-5

Chalifoux, Hon. Thelma

Drugs and substances, 9:25-9,46,52-3; 13:19-21

Christensen, Hon, Ione

Drugs and substances, 13:50-4,70,73; 14:60-2

Cochrane, Hon. Ethel M.

Drugs and substances, 19:12,15-6,23-4,28,35-6,47-9,54-5

De Bané, Hon, Pierre

Drugs and substances, 1:52-3,56-7

SÉNAT DU CANADA

Drogues illicites, Comité sénatorial spécial 1re session, 37e législature, 2001-2002

INDEX

(Fascicules 1-23 inclusivement)

Les numéros en caractère gras indiquent les fascicules.

R: Le numéro de fascicule suivi d'un R réfère au rapport contenu dans ce fascicule.

Vol. 1, pt.1 réfère au volume 1, partie 1 du fascicule.

COMITÉ

Drogues illicites, Comité sénatorial spécial

Motions et conventions

Audiences publiques, tenue, plans, 14:5

Budget, 14:5

Document de travail, dernière version, 15:4

Rapport, 16:5; 23R(v.1,pts.1-2):3

Réunion d'organisation, 1:5-6,10-21

Séance à huis clos, 1:7; 16:3-4; 20:3

Ordre de renvoi

Drogues illicites, 1:3-4; 23R(v.1,pts.1-2):7-12

Procedure, 1:21-4; 2:15-6; 3:52-3; 4:5-6; 5:5-6; 6:5-7; 7:5-6; 8:5-6;

9:4-6; 11:5-6; 12:4-5; 13:5-6; 14:6-9; 15:5-6,65-6;

23R(v.1,pts.1-2):13-24

Rapports au Sénat

Budget, 2:5,10-4

Dépenses encourues au cours de la deuxième session de la

trente-sixième législature, 1:9

SÉNATEURS

Banks, honorable Tommy

Drogues et substances, 2:28-30.45-50.57.71-3.76-9.96-7; 3:14-20. 30-3,41,57-67; 4:14-5,31-4,43-5,48,53-60,63-8,84-90; 6:25-6, 40-3,46-8,65-8; 7;22-4,37-9,53; 8;22-9,43-6,49,54,70-3; 11:19, 22-3,29-33,36-7,43-4,47-9,59-60,65-7,72; 12:12-4,26-7,38-42; 15: 20-4,33-5,39-40,44,62-4; 18:16,27-31,36-7,47-9,57-8,71,90-1, 95-8,103; 19:9-15,19,22,25-7,36-7,43-55; 20:12-7,23-7,31-5, 43-5; 22:13-7,23-4,32-9,48-50,53,61-3,79-83,88

Biron, honorable Michel

Drogues et substances, 18:50

Carney, honorable Pat

Drogues et substances, 10:16-8,33,42-6,51-3,69,79-82,92-3,96,105-6; 17:13-22.27-32.35.42-6.53-4.59.65-6.74-5

Chalifoux, honorable Thelma

Drogues et substances, 9:25-9,46,52-3; 13:19-21

Christensen, honorable Ione

Drogues et substances, 13:50-4,70,73; 14:60-2

Cochrane, honorable Ethel M.

Drogues et substances, 19:12.15-6,23-4,28,35-6,47-9,54-5

De Bané, honorable Pierre

Drogues et substances, 1:52-3,56-7

Di Nino, Hon. Consiglio

Drugs and substances, 5:12-3,34-6,54,58,71-4,83-5

Fairbairn, Hon. Joyce

Drugs and substances, 9:20-1,24

Finestone, Hon. Sheila

Drugs and substances, 11:61-73

Forrestall, Hon. J. Michael

Drugs and substances, 8:86-92

Grafstein, Hon, Jerahmiel S.

Drugs and substances, 5:14-7,28-9,99

Jaffer, Hon. Mobina S.B.

Drugs and substances, 10:21,28,55,59,68

Kenny, Hon. Colin, Deputy Chairman of the Committee

Committee, procedure, 1:10-21; 3:52

Committee, proceeding, 1710-2, 1332

Drugs and substances, 2;22-5,53-9,63-5,73,87,91-5; 3:5,21-3,36-44, 67-79, 4:11-3,17-21,34-9,58-64,67; 5:9-11,30-3,64-9,75-8; 6: 18-22,62-5; 7:34-6,40,54-5; 8:17-20,28-30,39-42,49-50,83-6; 10: 4+5,19,66-8,77-8; 16:12-3,31-5,60-5,68; 17:11-3,40-2,48-52; 21:

8-14,17-20,24-7,33-7,44-8,55-9

Kinsella, Hon. Noël A.
Drugs and substances, 3:18-9,53-7,61-4,74-8

LaPierre, Hon. Laurier L.

Drugs and substances, 14:19-22,27,40-2,47-9

Lawson, Hon. Edward M.

Drugs and substances, 10:19-20,29-31,34-5,44-6,53-4,77-9,82-4,93,106

Maheu, Hon. Shirley

Committee, procedure, 1:10-21; 14:8

Drugs and substances, 1;34-5,39; 2:25-7,47-8,74-5; 4;38; 7; 19-21,39,56-8; 8:20-1,70; 12:14-5,31,42-3; 14:23,42-3,63-4,85-8,

90-2; 15:45,61; 18:27-8,49-52,59; 22:18-20,63,77-8

Milne, Hon, Lorna

Drugs and substances, 5:18,35,48,54-6,69-71,78,85-6,91,98

Nolin, Hon. Pierre Claude, Chairman of the Committee

Committee, procedure, 1:10-24; 2:15-6; 4:5-6; 5:5-6; 6:5-7; 7:5-6; 8:5-6; 9:4-6; 11:5-6; 12:4-5; 13:5-6; 14:6-9; 15:5-7,65-6
Drugs and substances, 1:35-41,49-57; 2:31-3,47,51-6,59-64, 75-81,88,95,98-101; 4:16-24,31,38-43,58,64-6,78,82-3,88-90; 5: 11-2,21-7,36,39,47-51,54-9,64,74-8,85-95,98-9; 6:22-4,27-8,40, 43-50,62,68,78; 7:6-7,16-8,24-5,37-43,51-9; 8:25-33,46-8, 51-5,68,73-5,89-92; 9:7-9,12,16-7,20,43-8,50-4,58-61; 10:6,13,22,25-35,42-7,50,56-9,65,69-73,91-100,106, 109-16,121; 11:17-24,34-8,45,49-52,60-73; 12:12,15-7,20-1, 25-31,43-6; 13:14-23,36-43,49-60,68-74; 14:16-8,21,24-31, 39-40,44-50,58-60,64-72,88-9,92-6; 15:17-9,24-8,33-49,55-62,65; 16:14-8,29-32,35-6,45-54,61,65-9; 17:6,14-22,27,32-6,39-40, 43-4,47-51,54-5,58,62-4,73-4; 187,13-23,31-7,41-53,59-65,72-7, 83-4,95,103: 19:17,20-3,27-8,33-3,8,42-3,489; 20:7,10,16-9,

24-7,34-5,40-5; 21:12-3,19,22,27-30,45-6,49,52-3; 22:6,13,16,

Poulin, Hon. Marie-P.

Drugs and substances, 3:7-10

20-5,35,40-51,63-8,77-89

Prud'homme, Hon. Marcel

Drugs and substances, 6:27

Robichaud, Hon, Fernand

Drugs and substances, 9:30-2,48

Di Nino, honorable Consiglio

Drogues et substances, 5:12-3,34-6,54,58,71-4,83-5

Fairbairn, honorable Joyce

Drogues et substances, 9:20-1,24

Finestone, honorable Sheila

Drogues et substances, 11:61-73

Forrestall, honorable J. Michael

Drogues et substances, 8:86-92

Grafstein, honorable Jerahmiel S. Drogues et substances, 5:14-7,28-9,99

Jaffer, honorable Mobina S.B.
Drogues et substances, 10:21,28,55,59,68

Kenny, honorable Colin, vice-président du Comité

Comité, procédure, 1:10-21; 3:52

Drogues et substances, 2:22-5,53-9,63-5,73-4,87,91-5; 3:5,21-3, 36-44,67-79; 4:11-3,17-21,34-9,58-64,67; 5:9-11,30-3,64-9,75-8; 6:18-22,62-5; 7;33-4,64,05-45; 8:17-20,28-30,39-24,99-50,83-6; 10:14-5,19,66-8,77-8; 16:12-3,31-5,60-5,68; 17:11-3,40-2,48-52;

21:8-14,17-20,24-7,33-7,44-8,55-9

Kinsella, honorable Noël A.
Drogues et substances, 3:18-9,53-7,61-4,74-8

LaPierre, honorable Laurier L.

Drogues et substances, 14:19-22,27,40-2,47-9

Lawson, honorable Edward M.

Drogues et substances, 10:19-20,29-31,34-5,44-6,53-4,77-9,82-4,93,106

Maheu, honorable Shirley

Comité, procédure, 1:10-21; 14:8

Drogues et substances, 1:34-5,39; 2:25-7,47-8,74-5; 4:38; 7: 19-21,39,56-8; 8:20-1,70; 12:14-5,31,42-3; 14:23,42-3,63-4,85-8,

90-2; **15:**45,61; **18:**27-8,49-52,59; **22:**18-20,63,77-8

Milne, honorable Lorna

Drogues et substances, 5:18,35,48,54-6,69-71,78,85-6,91,98

Nolin, honorable Pierre Claude, président du Comité

Comité, procédure, 1:10-24; 2:15-6; 4:5-6; 5:5-6; 6:5-7; 7:5-6; 8:5-6; 9:4-6; 11:5-6; 12:4-5; 13:5-6; 14:6-9; 15:5-7,65-6

Drogues et substances, 1:35-41,49-57; 2:31-3,47,51-6,59-64, 75-81,88,95,98-101; 4:16-24,31,38-43,58,64-6,78,82-3,88-90; 5: 11-2,21-7,36,39,47-51,54-9,64,74-8,85-95,98-9; 6;22-4,27-8,40,

43-50,62,68,78; 7:6-7,16-8,24-5,37-43,51-9; 8:25-33,46-8,

51-5,68,73-5,89-92; 9:7-9,12,16-7,20,43-8,50-4,58-61;

10:6,13,22,25-35,42-7,50,56-9,65,69-73,91-100,106,109-16,121; **11:**17-24,34-8,45,49-52,60-73; **12:**12,15-7,20-1,25-31,43-6; **13:**

14-23,36-43,49-60,68-74; **14:**16-8,21-31,39-40,44-50,58-60,

64-72,88-9,92-6; **15**:17-9,24-8,33-49,55-62,65; **16**:14-8,29-32,35-6,

45-54,61,65-9; 17:6,14-22,27,32-6,39-40,43-4,47-51,54-5,58,

62-4,73-4; 18:7,13-23,31-7,41-53,59-65,72-7,83-4,95,103; 19:17,

20-3,27-8,33-5,38,42-3,48-9; 20:7,10,16-9,24-7,34-5,40-5; 21:

12-3,19,22,27-30,45-6,49,52-3; **22:**6,13,16,20-5,35,40-51,63-8,77-89

Poulin, honorable Marie-P.

Drogues et substances, 3:7-10

Prud'homme, honorable Marcel

Drogues et substances, 6:27-8

Robichaud, honorable Fernand

Drogues et substances, 9:30-2,48

Rossiter, Hon, Eileen

Drugs and substances, 1:32-3,40-1; 2:31,44-5; 3:12-3,34-5,60; 4:64-5; 13:42-3; 15:57; 20:17-8,24-5,30-1

St. Germain, Hon. Gerry

Drugs and substances, 10:65-6,70-2,76-9,91-2

Stollery, Hon. Peter

Drugs and substances, 3:41-2

Wiebe, Hon. John

Drugs and substances, 9:49-50.55-7: 16:11-2.17.30-1

Wilson, Hon. Lois M.

Drugs and substances, 5:19-21,38,82

SUBJECTS

Cannabis: Our Position for a Canadian Public Policy

Appendix I - Members and staff of the Senate Special Committee on Illegal Drugs, 23R(v.4)

Appendix II - List of witnesses, 23R(v.4)

Appendix III - Research papers, 23R(v.4)

Appendix IV - The evolution of Canadian drug legislation (1908-1996): offences, penalties, police powers and criminal procedure, 23R(v.4)

Conclusions and recommendations, 23R(v.3,pt.4):607-22 Text, 23R(v.1,pts.1-2):1-224; 23R(v.2,pt.3):225-436;

23R(v.3,pt.4):437-627

Cannabis and marijuana

Addiction, dependence and tolerance, 1:24-40; 4:7-11,76,80-4; 5:92; 14:65-6; 19:20-1,25; 20:9,17; 23R(v.1,pts.1-2):154-63; 23R(v.2,pt.3):415-8.426

Court challenges, 23R(v.2,pt.3):382-3,387

R. v. Clay, 2:80-1; 5:25,36-8; 23R(v,2,pt,3):385-7

R. v. Malmo-Levine and Regina v. Caine, 14:9-18,23-7; 23R(v.2,pt.3):383-5

Criminalization, deterrence, sentencing, 2:82-100; 22:65-6; 23R(v.2.pt.3):374-5.379-81

Decriminalization and legalization, 2:42-8; 3:77-9; 4:11,15-6,35-6, 39-40,86; 5:23-39,81-6,93-9; 6:16,27-8; 8:23-5; 9:30-1,51,58-9; 10:19-21,33-5,60-1,71,76-80; 11:24-32; 13:49; 14:19-24,37-40, 48-9,52,60-1,93-4; **15:**34-42; **16:**58-9; **17:**15,46-51; **18:**8,16, 39-43,49-52; **19:**7-12,26-7,39-42,51-2; **20:**11-2,20-2,29,32-3; **21:** 14-9,38-9,44-6,52; 23R(v.3,pt.4):539-42,554-6

Discussion paper, testimonials, 16:21-32; 18:17-23,75-91

Effects and consequences, 4:8-11,31-5,38-41,74-84; 6:8-10,31-4,70-2; **14:**56-66; **16:**48-50,56-8,61-2,67-8; **17:**17-8,21-2,67,73; **19:**16,43; 20:9-17; 21:21-30,51; 22:41-3; 23R(v.1,pts.1-2):131-52,164-7 Driving, 4:40-1,75-6,81; 5:90-2; 8:16,26-8,33; 11:65-6,72; 14:18-9;

16:35-7; 19:19-20; 20:10; 21:52; 23R(v.1,pts.1-2):167-89 Hemp, 5:98-9

International conventions, 15:34-9

Le Dain Commission, observations and recommendations, 23R(v.2,pt.3):274-83

Medical use, 5:7; 6:9,36; 9:25; 10:56; 19:19,48;

23R(v.1,pts.1-2):206-7

Applications, 4:8,27-9,34; 23R(v.1,pts.1-2):198-200

Charter challenges, 10:58-9; 14:15; 23R(v.2,pt.3):299-301 Compassion clubs, 10:35-47; 17:30-3; 18:52-65; 20:43;

23R(v.1,pts.1-2):204-5

Consultations, 8:15,31

Debate, 23R(v.1,pts.1-2):191-5

Delivery systems, 4:20,29-30,33-4; 18:91-8; 22:39

History, 4:73-4; 23R(v.1,pts.1-2):196-7

Regulations, exemptions, 1:40,55; 4:8-9,11-4,17-22,58; 10:32-3,58; **14:**15-6,21,27-30,53,66-72; **17:**13-4,20-30,33-6; **18:**33-7; **19:**23; 20:41-3; 21:12; 22:31-3,36-9,43-4; 23R(v.2,pt.3):297-317,322

Rossiter, honorable Fileen

Drogues et substances, 1:32-3,40-1; 2:31,44-5; 3:12-3,34-5,60; 4:64-5; 13:42-3; 15:57; 20:17-8,24-5,30-1

St. Germain, honorable Gerry

Drogues et substances, 10:65-6,70-2,76-9,91-2

Stollery, honorable Peter

Drogues et substances, 3:41-2

Wiebe, honorable John

Drogues et substances, 9:49-50,55-7; 16:11-2,17,30-1

Wilson, honorable Lois M.

Drogues et substances, 5:19-21,38,82

SILIETS

Cannabis (Le): positions pour un régime de politique publique pour le Canada

Annexe I - Membres et personnel du Comité spécial du Sénat sur les drogues illicites, 23R(v.4)

Annexe II - Liste des témoins, 23R(v.4)

Annexe III - Rapports de recherche, 23R(v.4)

Annexe IV - L'évolution de la législation canadienne sur les drogues (1908-1996): infractions, peines, pouvoirs policiers et procédure criminelle, 23R(v.4)

Conclusions et recommandations, 23R(v.3,pt.4):659-75 Texte, 23R(v.1,pts.1-2):1-237; 23R(v.2,pt.3):239-468;

23R(v.3,pt.4):469-681

Cannabis et marijuana

Accoutumance, dépendance et tolérance, 1:24-40; 4:7-11,76,80-4; 5: 92; 14:65-6; 19:20-1,25; 20:9,17; 23R(v.1,pts.1-2):164-74; 23R(v.2,pt.3):445-8,456

Chanvre, 5:98-9

Commission Le Dain, observations et recommandations. 23R(v.2,pt.3):293-301

Contestations judiciaires, 23R(v.2,pt.3):409-11,414-5

R. c. Clay, 2:80-1; 5:25,36-8; 23R(v.2,pt.3):413-4 R. c. Malmo-Levine et Regina c. Caine, 14:9-18,23-7; 23R(v.2.pt.3):411-3

Criminalisation, dissuasion, sanctions, 2:82-100; 22:65-6;

23R(v.2,pt.3):401-2,406-9

Décriminalisation et légalisation, 2:42-8; 3:77-9; 4:11,15-6,35-6, 39-40,86; 5:23-39,81-6,93-9; 6:16,27-8; 8:23-5; 9:30-1,51,58-9; 10:19-21,33-5,60-1,71,76-80; 11:24-32; 13:49; 14:19-24,37-40, 48-9,52,60-1,93-4; 15:34-42; 16:58-9; 17:15,46-51; 18:8,16, 39-43,49-52; 19:7-12,26-7,39-42,51-2; 20:11-2,20-2,29,32-3; 21: 14-9,38-9,44-6,52; 23R(v.3,pt.4):585-7,601-3

Document de discussion, témoignages, 16:21-32; 18:17-23,75-91 Effets et conséquences, 4:8-11,31-5,38-41,74-84; 6:8-10,31-4,70-2;

14:56-66; **16:**48-50,56-8,61-2,67-8; **17:**17-8,21-2,67,73; **19:**16,43; 20:9-17; 21:21-30,51; 22:41-3; 23R(v.1,pts.1-2):139-62,175-8 Conduite automobile, 4:40-1,75-6,81; 5:90-2; 8:16,26-8,33; 11:

65-6,72; 14:18-9; 16:35-7; 19:19-20; 20:10; 21:52;

23R(v.1,pts.1-2):179-202

Opinions et attitudes, 4:16-7; 6:13-4; 8:21-2,25,71-2; 10:98-121; 19: 25-6; 23R(v.1,pts.1-2):221-2,227-37

Police, services, législation, application, 2:46-7; 3:61-6; 5:16,21; 6: 16-7; 10:61,65-7; 17:44-6,53-4; 18:38-9,44-8; 22:13-5,66-7 Politiques

Australie, 23R(v.3,pt.4):592

Autres pays, 6:15-6; 11:66-7; 15:61-2

Coûts, 2:20,25-6; 6:10,34

Déjudiciarisation, 5:7,51-9,88-9; 18:40-1

Éducation et information, 6:18-21; 17:38-9

Efficacité, 6:11-3,29-37,41; 23R(v.3,pt.4):633-41

Méfaits et risques, réduction, 5:85-7; 23R(v.2,pt.3):442-4

Cannabis et marijuana - Suite Cannabis and marijuana -Cont'd Politiques -Suite Medical use -- Cont'd Pays-Bas, 1:38-41; 3:8,18-9,21-3; 6:21-2; 11:9-13,22-3,43-6,51-2, Research, 4:22-4,41-2,46-68; 5:14-5; 6:26-7,47-8; 8:72-3; 18:24-37; 22:30-8,46-50; 23R(v.1,pts.1-2):200-5; 23R(v.2,pt.3):317-22 66-7; 23R(v.3,pt.4):536-8 Opinions and attitudes, 4:16-7; 6:13-4; 8:21-2,25,71-2; 10:98-121; Prévention et traitement, 5:16-8; 16:59-65; 19:20-5 Principes directeurs, 4:42-5; 14:24; 19:42; 22:63-4 19:25-6; 23R(v.1,pts.1-2):209-10,215-24 Prohibition, interdiction, 6:10-1; 10:39-42; 16:37-40,45; 18:98-103; Police services, legislation, enforcement, 2:46-7; 3:61-6; 5:16,21; 6: 16-7; 10:61,65-7; 17:44-6,53-4; 18:38-9,44-8; 22:13-5,66-7 19:42; 20:35-45 Révision, options, conclusions et recommandations, propositions, 1: 24-32; 3:23-4; 6:17-8,37-41,43-5,48-50; 10:61-5; 16:41-5,52-3; Australia, 23R(v.3,pt.4):546 17:68-73; 18:14; 20:11; 23R(v.3,pt.4):631-3,641-79 Costs, 2:20,25-6; 6:10,34 Diversion. 5:7.51-9.88-9: 18:40-1 Suisse, 13:11-4,20-3,34-5,39-41 Production, crime organisé et trafic, 5:15-6; 23R(v.1,pts.1-2):67,90 Education and information, 6:18-21; 17:38-9 Effectiveness, 6:11-3,29-37,41; 23R(v.3,pt.4):583-90 Produits et processus de fabrication, 23R(v.1,pts.1-2):68-71 Statistiques, 8:25-6; 10:63; 14:22,30-1; 16:41-3,53-4; 18:43; 20:34; Guiding principles, 4:42-5; 14:24; 19:42; 22:63-4 Harm and risk reduction, 5:85-7; 23R(v.2,pt.3):411-2 23R(v.1,pts.1-2):72-9 Propriétés, 4:7,25-7; 23R(v.1,pts.1-2):79-80 Netherlands, 1:38-41; 3:8,18-9,21-3; 6:21-2; 11:9-13,22-3,43-6, THC, concentration, 4:29; 7:41-2; 14:92-3; 16:45-6; 17:55; 18:31-3, 51-2,66-7; 23R(v.3,pt.4):496-8 41-3,46-7,60; **20:**19,35; **21:**12,32-3; **23R(v.1,pts.1-2):**80-91 Other countries, 6:15-6; 11:66-7; 15:61-2 Prevention and treatment, 5:16-8; 16:59-65; 19:20-5 Traités internationaux, 15:34-9 Prohibition, 6:10-1; 10:39-42; 16:37-40,45; 18:98-103; 19:42; 20: Usage médical, 5:7; 6:9,36; 9:25; 10:56; 19:19,48; 23R(v.1,pts.1-2):219-20 35-45 Applications, 4:8,27-9,34; 23R(v.1,pts.1-2):210-3 Review, options, conclusions and recommendations, proposals, 1:24-32; 3:23-4; 6:17-8,37-41,43-5,48-50; 10:61-5; 16:41-5,52-3; Aspects historiques, 4:73-4; 23R(v.1,pts.1-2):208-10 Clubs de compassion, 10:35-47; 17:30-3; 18:52-65; 20:43; 17:68-73; 18:14; 20:11; 23R(v.3,pt.4):581-3,590-604,607-626 Switzerland, 13:11-4,20-3,34-5,39-41 23R(v.1,pts.1-2):217-8 Consultations, 8:15,31 Production, organized crime and trafficking, 5:15-6; 23R(v.1,pts.1-2):65,87 Contestations fondées sur la Charte, 10:58-9; 14:15; Products and production process, 23R(v.1,pts.1-2):66-9 23R(v.2,pt.3):320-2 Statistics, 8:25-6; 10:63; 14:22,30-1; 16:41-3,53-4; 18:43; 20:34; Débat, 23R(v.1,pts.1-2):203-8 23R(v.1,pts.1-2):69-76 Modes d'administration, 4:20,30,33-4; 18:91-8; 22:39 Recherche, 4:22-4,41-2,46-68; 5:14-5; 6:26-7,47-8; 8:72-3; 18:24-37; Properties, 4:7,25-7; 23R(v.1,pts.1-2):77 THC concentration, 4:29; 7:41-2; 14:92-3; 16:45-6; 17:55; 18:31-3, 22:30-8,46-50; 23R(v.1,pts.1-2):213-9; 23R(v.2,pt.3):340-45 Réglementation, exemptions, 1:40,55; 4:8-9,11-4,17-22,58; 10: 41-3,46-7,60; 20:19,35; 21:12,32-3; 23R(v.1,pts.1-2):78-87 32-3,58; 14:15-6,21-2,27-30,53,66-72; 17:13-4,20-30,33-6; 18: Users and uses, 23R(v.1,pts.1-2):89-90,124,128-9 33-7; 19:23; 20:41-3; 21:12; 22:31-3,36-9,43-4; 23R(v.2,pt.3): Factors, 8:74-5; 23R(v.1,pts.1-2):119-24 Gateway and stepping-stone theories, 2:26-7,48-9; 3:17-8,60-1,72; 317-9,322-39,344-5 **4:**14-5,36-8; **5:**33-4,75-6,84-5; **6:**33-4,41-4; **7:**22-4; **10:**71-2,76-7; Usagers et usages, 23R(v.1,pts.1-2):93-4,131,136-7 12:12-3; 13:21,59-60; 16:60-1; 17:18-9,51-2; 18:71-2; 19:12-3, Autres pays, 23R(v.1,pts.1-2):105-13; 23R(v.3,pt.4):538-41 18-9; 20:8-9,14-5,23; 21:50-3; 23R(v.1,pts.1-2):125-6 Études, 2:61-80 Facteurs, 8:74-5; 23R(v.1,pts.1-2):125-30 History, 23R(v.1,pts.1-2):111-3 Other countries, 23R(v.1,pts.1-2):101-8; 23R(v.3,pt.4):498-501 Histoire, 23R(v.1,pts.1-2):117-9 Porte d'entrée et escalade, théories, 2:26-7,48-9; 3:17-8,60-1,72; 4: Studies, 2:61-80 14-5,36-8; 5:33-4,75-6,84-5; 6:33-4,41-4; 7:22-4; 10:71-2,76-7; Trajectories, 12:12; 23R(v.1,pts.1-2):113-9 Trends, 3:64-5; 6:8; 12:43-4; 14:58-9; 16:46-8; 19:15-6; 12:12-3; 13:21,59-60; 16:60-1; 17:18-9,51-2; 18:71-2; 19:12-3, 23R(v.1,pts.1-2):90-100,107-10,164-5 18-9; 20:8-9,14-5,23; 21:50-3; 23R(v.1,pts.1-2):132-4 Violence and crime, relationship, 6:21; 14:20-1; 18:48-9; 19:46-7,53; Tendances, 3:64-5; 6:8; 12:43-4; 14:58-9; 16:46-8; 19:15-6; 20:10,13,23-7; 23R(v.1,pts.1-2):127-8 23R(v.1,pts.1-2):94-105,112-6,175-6 Trajectoires, 12:12; 23R(v.1,pts.1-2):119-25 Violence et criminalité, relation, 6:21; 14:20-1; 18:48-9; 19:46-7,53; Drugs and substances 20:10,13,23-7; 23R(v.1,pts.1-2):134-5 Addiction, dependence and tolerance, 4:7-11,58; 19:28-38; 23R(v.1,pts.1-2):152-4 Control measures, 4:69-73,79,82-90 Drogues et substances Criminal justice system, 23R(v.2,pt.3):367,387-8 Accoutumance, tolérance et dépendance, 4:7-11,58; 19:28-38; Decriminalization, depenalization, legalization, definitions, 1:54; 2:44-5 23R(v.1,pts.1-2):163-4 Deterrence, 14:94-6 Commission interaméricaine de lutte contre l'abus des drogues (CICAD), Effects and consequences, 3:46-7; 14:52-3,74-5 Inter-American Drug Abuse Control Commission (CICAD), 15:49-61 Commission Le Dain, 1:42-8,51; 23R(v.2,pt.3):291-3 International conventions, 1:51-2; 2:45-6; 3:13-4; 5:36-7; 6:14-5; Contrôle, mesures, 4:69-73,79,82-90 14:16-7; 15:7-33,36,42-3,46-8; 22:50-1; 23R(v.3,pt.4):439-68 Crime organisé, trafic et terrorisme, 5:7; 8:7-8,18-23,76-92; 10:10,16; Le Dain Commission, 1:42-8,51; 23R(v.2,pt.3):272-4 Legislation, history, 23R(v.2,pt.3):245-95 Décriminalisation, dépénalisation, légalisation, définitions, 1:54; 2:44-5 Medical use, 4:58-9; 5:6; 10:33; 22:44-5,48-9 Dissuasion, 14:94-6 Municipalities Effets et conséquences, 3:46-7; 14:52-3,74-5 Impact, 14:32-3 Justice pénale, système, 23R(v.2,pt.3):393,415-6 Strategy, 10:6-22,50-1; 14:32-50; 16:8-18; 17:36-8,43-4; 19:6-9; Législation, historique, 23R(v.2,pt.3):261-315 Municipalités National drug strategy, 23R(v.2,pt.3):227,243-4 Impact, 14:32-3 Canada's Drug Strategy Secretariat, Office of Canada's Drug Strategy Stratégie, 10:6-22,50-1; 14:32-50; 16:8-18; 17:36-8,43-4; 19:6-9; (OCDS), 23R(v.2,pt.3):236-7 20:23

Drugs and substances -Cont'd

National drug strategy -Cont'd

Canadian Centre on Substance Abuse (CCSA), 22:69-72,80-3; 23R(v.2,pt.3):233-5

Correctional Service of Canada (CSC), 22:10-3,17-24; 23R(v.2.pt.3):375-9

Drug treatment courts, 12:25; 22:56-63; 23R(v.2,pt.3):368-72

Effectiveness, 2:38-9; 22:61-2; 23R(v.2,pt.3):241-3

Federal Prosecution Service (FPS), 22:51-5,62-3; 23R(v.2,pt.3): 367-8,374

Foreign Affairs and International Trade Department, relationship with provinces and territories, 15:43-6

Funding, 22:78-9

Health Department, 22:26-30,33-5,40-1

History, 22:27-8,71; 23R(v.2,pt.3):228-41

Implementation, 22:76-80,83-9

Information and research, 15:47; 22:62,71-6,80-8

National Crime Prevention Centre (NCPC), 22:55-6

Outcomes, 22:27-8

Solicitor General Department, 22:7-9

Opinions and attitudes, 10:94-8,103-8,113-5; 14:77-8; 15:58-9;

Media, role, 14:78; 23R(v.1,pts.1-2):210-4

Organized crime, trafficking and terrorism, 5:7; 8:7-8,18-23,76-92; 10:10,16; 11:67-70

Police services

Canada Customs and Revenue Agency (CCRA), **8:**33-55; **21:**53-9; **23R(v.2,pt.3):**326-8,361-3

Communication and education, prevention, 3:70-1; 5:21-2; 6:24; 10:67-8,86-7; 14:82-4,88-90; 21:35-7

Legislation, enforcement, 1:49-50; 3:45-9.59-60.67-70; 5:9-12,18, 22-3; 8:56-74; 10:66-71; 14:73-4,81-8,90-2; 16:19-20,30-5; 20: 27-35; 21:6-14,28-37; 22:9-12,15-7,52-4; 23R(v.2,pt.3):323,328-65

Royal Canadian Mounted Police (RCMP), 8:6-7,10-6,22-3,26-32; 21:46-7; 23R(v.2,pt.3):323-6

Zurich, 13:44-60

Policies, 8:17-8; 23R(v.2,pt.3):435-6

Aboriginal peoples, 9:28-30

Australia, 2:34-8,51-5,58-60; 23R(v.3,pt.4):546-53,556-9

Consultation, 12:45-6

Costs, 2:17-33,49-51; 3:50-4; 5:22; 14:76-7; 22:26;

23R(v.2,pt.3):431-5

Criminalization, 1:52-3; 14:41-2; 15:33-4; 17:7-15,54-5; 18:66-9; 19:16-7,51; 20:31-2

Decriminalization and legalization, 1:54-5; 5:6,12-3; 10:58,89-91; 12:40-2; 17:59; 21:30

Education and information, 8:17; 9:30-3; 14:60; 15:60-1; 17:39-42; 18:15-6; 19:13-5

Effectiveness, **3**:50-1; **10**:29-31,47-9; **14**:53-4; **23R(v.2,pt.3)**:427-31 Europe, **11**:55-9,72

France, 7:7-25,33-6,44-59; 23R(v.3,pt.4):470-84

French Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction, 7:26-43; 23R(v.3,pt.4):474

Guiding principles, ethics, governance, criminal law, science, role, 1:55-7; 2:100; 6:25-6,46-9,62-3; 23R(v.1,pts.1-2):25-49

Harm and risk reduction, 5:40-51,60-79,82-8; 6:69-77; 10:88-9; 21:39-43; 23R(v.2,pt.3):410-1

Historical context, 15:53-5,61; 23R(v.1,pts.1-2):51-61

Influences, 3:10-1

Netherlands, **3:**6-17; **8:**70-1; **11:**6-24,32-42,46-72; **23R(v.3,pt.4):** 485-96

Other countries, 1:42-4,48-9; 3:43-4,49-50,54-6,60,73-7; 23R(v.3,pt.4):469-70

Prohibition, **3**:14-6,66-7; **8**:76-92; **11**:67-9; **15**:64-5; **17**:55-8; **19**:43-6 Research and monitoring, **11**:60; **12**:28-9,45-6; **22**:20-2,41

Review, options, recommendations, 1:53-4; 2:39-42,53-60; 3:51-3, 63-4; 5:8,13-4; 6:52-68; 10:17-8,47-50,73-6,82-4; 12:29-32; 14:

63-4; 5:8,13-4; 6:52-68; 10:17-8,47-50,73-6,82-4; 12:29-32; 14: 53-8,78-81; 15:14-7,23-4,62-4; 16:29; 18:11-3; 19:8-9,35-6; 21: 30-1

Sweden, 23R(v.3,pt.4):518-30

Switzerland, 13:7-10,14-43,61-74; 23R(v.3,pt.4):531-9,542-5 United Kingdom, 23R(v.3,pt.4):502-17 Drogues et substances —Suite

Opinions et attitudes, 10:94-8,103-8,113-5; 14:77-8; 15:58-9;

Médias, rôle, 14:78; 23R(v.1,pts.1-2):222-7

Police, services

Agence des douanes et du revenu du Canada (ADRC), 8:33-55; 21: 53-9; 23R(v.2,pt.3):350-2,388-90

Communication et éducation, prévention, **3:**70-1; **5:**21-2; **6:**24; **10:** 67-8.86-7; **14:**82-4.88-90; **21:**35-7

Gendarmerie royale du Canada (GRC), **8**:6-7,10-6,22-3,26-32; **21**: 46-7; **23R(v.2.pt.3)**:347-50

Lois, application, 1:49-50; 3:45-9,59-60,67-70; 5:9-12,18,22-3; 8: 56-74; 10:66-71; 14:73-4,81-8,90-2; 16:19-20,30-5; 20:27-35; 21: 6-14,28-37; 22:9-12,15-7,52-4; 23R(v.2,pt.3);347,352-92 Zurich, 13:44-60

Politiques, 8:17-8; 23R(v.2,pt.3):467-8

Australie, 2:34-8,51-5,58-60; 23R(v.3,pt.4):592-600,603-6

Autres pays, 1:42-4,48-9; 3:43-4,49-50,54-6,60,73-7; 23R(v.3,pt.4):507-8

Consultation, 12:45-6

Contexte historique, 15:53-5,61; 23R(v.1,pts.1-2):53-64

Coûts, 2:17-33,49-51; 3:50-4; 5:22; 14:76-7; 22:26;

23R(v.2,pt.3):462-7

Criminalisation, 1:52-3; 14:41-2; 15:33-4; 17:7-15,54-5; 18:66-9; 19:16-7,51; 20:31-2

Décriminalisation et légalisation, 1:54-5; 5:6,12-3; 10:58,89-91; 12:40-2; 17:59; 21:30

Education et information, 8:17; 9:30-3; 14:60; 15:60-1; 17:39-42; 18:15-6; 19:13-5

Efficacité, **3**:50-1; **10**:29-31,47-9; **14**:53-4; **23R(v.2,pt.3)**:457-61 États-Unis, **2**:57-8; **3**:19-20,65-6; **6**:45; **9**:6-61; **23R(v.3,pt.4)**:607-30 Europe, **11**:55-9,72

France, 7:7-25,33-6,44-59; 23R(v.3,pt.4):508-23

Influences, 3:10-1

Méfaits et risques, réduction, **5**:40-51,60-79,82-8; **6**:69-77; **10**:88-9; **21**:39-43; **23R(v.2,pt.3)**:441-2

Observatoire français des drogues et des toxicomanies, 7:26-43; 23R(v.3,pt.4):512

Pays-Bas, 3:6-17; 8:70-1; 11:6-24,32-42,46-72; 23R(v.3,pt.4):524-36 Peuples autochtones, 9:28-30

Prévention et traitement, 5:8,18-21,79-81,89; 6:69-70,76-8; 10: 22-32,51-8,79-81,84-93; 12:15-7,24,27-8,32-45; 14:48; 16:54-6; 17:15-6,19-20,60-7,73-4; 18:66,69-75; 19:27-8,47-56; 20:7-8,15-9; 21:20-1,24-5,46-50; 23R(v.2,pt.3):417-44,448-56

Principes directeurs, éthique, gouvernance, droit pénal, science, rôle, 1:55-7; 2:100; 6:25-6,46-9,62-3; 23R(v.1.pts.1-2):25-51

Prohibition, interdiction, 3:14-6,66-7; 8:76-92; 11:67-9; 15:64-5; 17:55-8; 19:43-6

Recherche et surveillance, 11:60; 12:28-9,45-6; 22:20-2,41 Révision, options, recommandations, 1:53-4; 2:39-42,53-60; 3: 51-3,63-4; 5:8,13-4; 6:52-68; 10:17-8,47-50,73-6,82-4; 12:29-32; 14:53-8,78-81; 15:14-7,23-4,62-4; 16:29; 18:11-3; 19:8-9,35-6; 21:30-1

Royaume-Uni, 23R(v.3,pt.4):542-59

Suède, 23R(v.3,pt.4):560-74

Suisse, 13:7-10,14-43,61-74; 23R(v.3,pt.4):575-84,587-91

Production, crime organisé et trafic, 5:74-5

Situation domestique, 3:41,56-9,71-3; 5:50; 10:16-7

Situation internationale, 3:24-43; 8:7; 9:58; 11:13-4,40

Réglementation, 21:12-3; 22:49

Sanctions, 23R(v.2,pt.3):399-400

Stratégie nationale en matière de drogues, 23R(v.2,pt.3):241,259-60 Affaires étrangères et Commerce international, ministère, relations avec provinces et territoires, 15:43-6

Centre canadien de lutte contre l'alcoolisme et les toxicomanies (CCLAT), 22:69-72,80-3; 23R(v,2,pt.3):247-50

Centre national de prévention du crime (CNPC), 22:55-6

Efficacité, 2:38-9; 22:61-2; 23R(v.2,pt.3):257-9

Financement, 22:78-9

Historique, 22:27-8,71; 23R(v.2,pt.3):242-57

Information et recherche, 15:47; 22:62,71-6,80-8

Mise en oeuvre, 22:76-80,83-9

Drugs and substances -Cont'd

Policies -Cont'd

United States, 2:57-8; 3:19-20,65-6; 6:45; 9:6-61; 23R(v.3,pt.4):

Prevention and treatment, 5:8,18-21,79-81,89; 6:69-70,76-8; 10: 22-32,51-8,79-81,84-93; 12:15-7,24, 27-8,32-45; 14:48; 16:54-6; 17:15-6,19-20,60-7,73-4; 18:66,69-75; 19:27-8,47-56; 20:7-8,15-9; 21:20-1,24-5,46-50; 23R(v.2,pt.3);389-412,418-25

Production, organized crime and trafficking, 5:74-5 Domestic situation, 3:41,56-9,71-3; 5:50; 10:16-7

International situation, 3:24-43; 8:7; 9:58; 11:13-4,40

Regulations, 21:12-3; 22:49

Sentencing, 23R(v.2,pt.3):372-4

Users and uses

Factors, 11:64-5

Other countries, trends, 7:30-43; 11:72-3; 13:18-9; 23R(v.3,pt.4): 481-2,516-7,529-30,544,557-8,576-7

Testimonials, 10:77-82; 16:50-2

Trajectories, 12:5-15

Trends, 6:22-5; 8:9-10,18; 14:75-6; 16:65-7; 17:42-3,48-9; 18:

8-11,16-7; **19:**38-9; **22:**25-6 Use, abuse, distinction, **8:**28-9

Violence and crime, relationship, 12:17-27

WITNESSES AND ADVISERS

Alexander, Bruce, Professor, Department of Psychology, Simon Fraser University

Drugs and substances, 1:24-41

Armitage, Blair, Clerk of the Committee Drugs and substances, 1:10-1,14-21

Barnes, Linda, City Councillor, City of Richmond Drugs and substances, 17:36-44

Beall, David, Executive Secretary, Inter-American Drug Abuse Control Commission

Drugs and substances, 15:49-65

Begin, Patricia, Director, Research and Evaluation, National Crime Prevention Centre

Drugs and substances, 22:55-62

Ben Amar, Mohamed, Professor of Pharmacology and Toxicology, Université de Montréal

Drugs and substances, 4:7-24

Bennett, Chris (Personal presentation)

Drugs and substances, 10:118-9

Bertrand, Marie-Andrée, Professor Emeritus of Criminology, Université de Montréal

Drugs and substances, 1:42-57

Best, Beverly, Councillor, Village of Salisbury Drugs and substances, 20:20-6

Black, Hilary, Founder and Director, B.C. Compassion Club Society Drugs and substances, 10:35-47

Boekhout, Tim Van Solinge, Lecturer and Researcher in Criminology, Utrecht University, Netherlands Drugs and substances, 11:52-73 Drogues et substances -Suite

Stratégie nationale en matière de drogues - Suite

Résultats, 22:27-8

Santé, ministère, 22:26-30,33-5,40-1

Secrétariat de la Stratégie canadienne antidrogue, Bureau de la Stratégie canadienne antidrogue (BSCA), 23R(v.2,pt.3):250-2

Service correctionnel du Canada (SCC), 22:10-3,17-24; 23R(v.2,pt.3):402-6

Service fédéral des poursuites (SFP), 22:51-5,62-3; 23R(v.2,pt.3): 393-4,400

Solliciteur général, ministère, 22:7-9

Tribunaux spécialisés en matière de drogues, **12:**25; **22:**56-63; **23R(v.2,pt.3):**394-8

Traités internationaux, 1:51-2; 2:45-6; 3:13-4; 5:36-7; 6:14-5; 14:16-7; 15:7-33,36,42-3,46-8; 22:50-1; 23R(v.3,pt.4):471-505

Usage médical, 4:58-9; 5:6; 10:33; 22:44-5,48-9

Usagers et usages

Autres pays, tendances, 7:30-43; 11:72-3; 13:18-9; 23R(v.3,pt.4): 520-1,558,572-3,589-90,605,626

Facteurs, 11:64-5

Témoignages, 10:77-82; 16:50-2

Tendances, 6:22-5; 8:9-10,18; 14:75-6; 16:65-7; 17:42-3,48-9; 18:

8-11,16-7; **19:**38-9; **22:**25-6

Trajectoires, 12:5-15

Usage, abus, distinction, 8:28-9 Violence et criminalité, relation, 12:17-27

TÉMOINS ET CONSEILLERS

Alexander, Bruce, professeur, Département de psychologie, Simon Fraser University

Drogues et substances, 1:24-41

Armitage, Blair, greffier du Comité Drogues et substances, 1:10-1,14-21

Barnes, Linda, conseillère municipale, ville de Richmond Drogues et substances, 17:36-44

Beall, David, secrétaire exécutif, Commission interaméricaine de lutte contre les drogues

Drogues et substances, 15:49-65

Begin, Patricia, directrice, Recherche et Évaluation, Centre national de prévention du crime

Drogues et substances, 22:55-62

Ben Amar, Mohamed, professeur de pharmacologie et de toxicologie, Université de Montréal Drogues et substances, 4:7-24

Bennett, Chris (présentation personnelle) Drogues et substances, **10**:118-9

Bertrand, Marie-Andrée, professeure émérite de criminologie,

Université de Montréal Drogues et substances, 1:42-57

Best, Beverly, conseillère municipale, Salisbury Drogues et substances, 20:20-6

Black, Hilary, directrice-fondatrice, B.C. Compassion Club Society Drogues et substances, 10:35-47

Boekhout, Tim Van Solinge, conférencier et recherchiste en criminologie, Université d'Utrecht, Pays-Bas Drogues et substances, 11:52-73

Bolton, Stephen, International Drug Officer, International Crime Division, Foreign Affairs and International Trade Department Drugs and substances, 15:38-9,46-7

Bombardier, Yvan, Intervener, CACTUS Drugs and substances, 18:69-75

Boudrias, Pierre-Charles, Dollard-Cormier Centre Drugs and substances, 18:17-23

Boyd, Michael J., Chair of the Drug Abuse Committee and Deputy Chief of the Toronto Police Service, Canadian Association of Chiefs of Police

Drugs and substances, 14:73-82,85,90-3

Breau, Al, Member of the Salisbury Municipal Drug Strategy, Village of Salisbury

Drugs and substances, 20:23-7

Brochu, Serge, Professor and Director, International Center for Comparative Criminology, Université de Montréal Drugs and substances, 12:17-32

Bulwer, Perry (Personal presentation) Drugs and substances, **10:**109-10

Burford, Fred (Personal presentation)
Drugs and substances, 5:88-93

Butler, Tracy, Program Director, Salvation Army Harbour Light Addiction and Rehabilitation Treatment Centre, HCC, St. John's, Newfoundland and Labrador Drugs and substances, 19:17-28

Campbell, Bill, President, Canadian Society on Addiction Medicine Drugs and substances, 14:55-66,70-1

Cavalier, James Anthony (Personal presentation)
Drugs and substances, 5:93-5

Cavalieri, Walter, President, Toronto Harm Reduction Task Force Drugs and substances, 5:40-51

Clapham, Ward, Superintendent, Royal Canadian Mounted Police Drugs and substances, 17:44-55

Cloutier, Pierre (Personal presentation)
Drugs and substances. 18:75-85

Cloutier-Vautour, Chantal, Youth Councillor, Addiction Services, Health Region Drugs and substances, 20:12-9

Drugs and substances, 20:12-9

Cohen, Peter, Professor, University of Amsterdam, Netherlands Drugs and substances, 3:6-24,39-40,44

Connolly, Mark, Director General, Contraband and Intelligence Services
Directorate, Customs Branch, Canada Customs and Revenue Agency
Drugs and substances, 8:33-55

Conroy, John W. (Personal presentation)
Drugs and substances, 14:9-31

Cormier, Randy, Counsellor/Group Leader, Brentwood Recovery Home Drugs and substances, 21:50-3

Cormier, Terry, Director, International Crime Division, Foreign Affairs and International Trade Department Drugs and substances, 15:28-48 Bolton, Stephen, agent, Drogues internationales, Direction du crime international, ministère des Affaires étrangères et du Commerce international

Drogues et substances, 15:38-9,46-7

Bombardier, Yvan, intervenant, CACTUS Drogues et substances, 18:69-75

Boudrias, Pierre-Charles, Centre Dollard-Cormier Drogues et substances, **18**:17-23

Boyd, Michael J., président du Comité sur la toxicomanie et sous-chef du Service de police de Toronto, Association canadienne des chefs de police

Drogues et substances, 14:73-82,85,90-3

Breau, Al, membre de la Salisbury Municipal Drug Strategy, Salisbury Drogues et substances, 20:23-7

Brochu, Serge, professeur et directeur, Centre international de criminologie comparée, Université de Montréal Drogues et substances, 12:17-32

Bulwer, Perry (présentation personnelle) Drogues et substances, **10:**109-10

Burford, Fred (présentation personnelle) Drogues et substances, **5:**88-93

Butler, Tracy, directrice de programme, Salvation Army Harbour Light Addiction and Rehabilitation Treatment Centre, HCC, St. John's, Terre-Neuve-et-Labrador Drogues et substances, 19:17-28

Campbell, Bill, président, Société médicale canadienne sur l'addiction Drogues et substances, 14:55-66,70-1

Cavalier, James Anthony (présentation personnelle) Drogues et substances, 5:93-5

Cavalieri, Walter, président, Toronto Harm Reduction Task Force Drogues et substances, 5:40-51

Clapham, Ward, surintendant, Gendarmerie royale du Canada Drogues et substances. 17:44-55

Cloutier, Pierre (présentation personnelle) Drogues et substances, 18:75-85

Cloutier-Vautour, Chantal, conseillère auprès des jeunes, Services de toxicomanie, Santé régionale Drogues et substances, 20:12-9

Cohen, Peter, professeur, Université d'Amsterdam, Pays-Bas Drogues et substances, 3:6-24,39-40,44

Connolly, Mark, directeur général, Direction de la contrebande et des services de renseignements, Direction générale des douanes, Agence des douanes et du revenu du Canada Drogues et substances, 8:33-55

Conroy, John W. (présentation personnelle)
Drogues et substances, 14:9-31

Cormier, Randy, conseiller et chef d'équipe, Brentwood Recovery Home Drogues et substances, 21:50-3

Cormier, Terry, directeur, Direction du crime international, ministère des Affaires étrangères et du Commerce international Drogues et substances, 15:28-48

Coste, Jean-Michel, Director, French Monitoring Centre for Drugs and Drug Addictions Drugs and substances, 7:26-43

Cowan, Richard (Personal presentation) Drugs and substances, 10:119-21

Desgagné, Jean-Guy, Communications Coordinator to the Committee Drugs and substances, 1:20-1

Dion, Guy Ati, Université de Montréal Drugs and substances, 8:56-75

Dowhayko, Wally, Officer in Charge, Windsor Drugs Section, Royal Canadian Mounted Police Drugs and substances, 21:6-14

Dover, Caroline, President, Club Compassion de Montréal Drugs and substances, 18:52,56-65

Druce, Toby, Program Supervisor, Seaton House Drugs and substances, 5:60-78

Dubois-Arber, Françoise, Member, Swiss Federal Commission for Drug Issues: University Institute for Social and Preventive Medicine Drugs and substances, 13:23-43

Dulex, Georges, Head, Canton of Zurich, Criminal Police Department Drugs and substances, 13:44-60

Elliott, Bill, Director, St. Clair Division, Canada Customs and Revenue Agency

Drugs and substances, 21:53-9

Erickson, Patricia, Researcher, Centre for Addiction and Mental Health Drugs and substances, 2:82-100

Fantino, Julian, Chief, Toronto Police Service Drugs and substances, 5:6-23

Fiacco, Pat, Mayor, City of Regina Drugs and substances, 16:8-18

Findlater, Ross, Deputy Medical Health Officer, Alcohol and Drug Services, Regina Health District Drugs and substances, 16:59-66

Fischer, Benedikt, Professor, Department of Public Health Sciences, University of Toronto Drugs and substances, 6:8-28

Fitzgerald, Jerry, Manager, Alcohol and Drug Services, Regina Health District

Drugs and substances, 16:54-61,67-8

Fitzsimmons, Donald, Youth and Family Coordinator, Alcohol and Drug Services, Regina Health District Drugs and substances, 16:60-7

Fulgosi, Thomas, Shift Leader, Seaton House Drugs and substances, 5:61-78

Garfinkel, Paul E., President and CEO, Centre for Addiction and Mental

Drugs and substances, 21:37-50

Gascon, Serge, Deputy Director, City of Montreal Police Service Drugs and substances, 18:37-52

Coste, Jean-Michel, directeur, Observatoire français des drogues et des toxicomanies

Drogues et substances, 7:26-43

Cowan, Richard (présentation personnelle) Drogues et substances, 10:119-21

Desgagné, Jean-Guy, coordonnateur des communications auprès du

Drogues et substances, 1:20-1

Dion, Guy Ati, Université de Montréal Drogues et substances, 8:56-75

Dowhayko, Wally, officier responsable de la section Windsor Stupéfiants, Gendarmerie royale du Canada Drogues et substances, 21:6-14

Doyer, Caroline, présidente, Club Compassion de Montréal Drogues et substances, 18:52,56-65

Druce, Toby, superviseur de programme, Seaton House Drogues et substances, 5:60-78

Dubois-Arber, Françoise, membre, Commission fédérale pour les questions liées aux drogues; Institut universitaire de médecine sociale et

Drogues et substances, 13:23-43

Dulex, Georges, chef de service, canton de Zürich, Département de la police criminelle

Drogues et substances, 13:44-60

Elliott, Bill, directeur, Division Windsor-St.Clair, Agence des douanes et du revenu du Canada

Drogues et substances, 21:53-9

Erickson, Patricia, recherchiste, Centre de toxicomanie et de santé mentale

Drogues et substances, 2:82-100

Fantino, Julian, chef, Service de la police de Toronto Drogues et substances, 5:6-23

Fiacco, Pat. maire, ville de Regina Drogues et substances, 16:8-18

Findlater, Ross, médecin hygiéniste adjoint, Services aux alcooliques et aux toxicomanes, District de santé de Regina Drogues et substances, 16:59-66

Fischer, Benedikt, professeur, Département des sciences de la santé publique, University of Toronto Drogues et substances, 6:8-28

Fitzgerald, Jerry, directeur, Services aux alcooliques et aux toxicomanes, District de santé de Regina Drogues et substances, 16:54-61,67-8

Fitzsimmons, Donald, coordonnateur pour les jeunes et la famille, Services aux alcooliques et aux toxicomanes, District de santé de Regina Drogues et substances, 16:60-7

Fulgosi, Thomas, chef d'équipe, Seaton House Drogues et substances, 5:61-78

Garfinkel, Paul E., président-directeur général, Centre de toxicomanie et de santé mentale

Drogues et substances, 21:37-50

Germain, Michel, Director General, Comité permanent de lutte à la toxicomanie

Drugs and substances, 18:7-17

Gordon, John P. (Personal presentation)
Drugs and substances, 10:116-7

Goulet, Hélène, Director General, Tobacco Control Programme, Health Environments and Consumer Safety Branch, Health Department Drugs and substances, 22:41-3

Granger, Serge. Historian, Université du Québec à Montréal Drugs and substances, 18:98-103

Grant, Brian, Director, Addictions Research Centre (PEI), Correctional Service of Canada Drugs and substances. 22:12-3-22-3

Griffin, David, Executive Officer, Canadian Police Association Drugs and substances, **3**:45-6,51-7,60-79

Haddad, Henry, President, Canadian Medical Association Drugs and substances, 14:52-5,59-61,64-72

Hall, Nichola, Chairperson, Grief to Action Drugs and substances, 10:73-84

Hall, Ross, Grief to Action Drugs and substances, 10:75-84

Hamel, Peter, Executive Director, Club Compassion de Montréal Drugs and substances, 18:52-65

Hampton, Timothy, President, National Organization for Reform of Marijuana Laws, NORML Saskatchewan Drugs and substances, 16:37-54

Hathaway, Andy, Researcher, Centre for Addiction and Mental Health Drugs and substances, 2:61-81

Hayden, Glen, Detective, Drug Control Section, Edmonton Police Service, Canadian Police Association Drugs and substances, 3:47-53,58-66,69,71-2,77

Heed, Kash, Vice Drugs Section, Vancouver Police Service Drugs and substances, 10:60-73

Hunt, Sean (Personal presentation) Drugs and substances, **5:**95-9

Johnson, Gary E., Governor, State of New Mexico Drugs and substances, **9:**33-53

Johnston, Cal, Chief of Police, Regina Police Service Drugs and substances, 16:18-37

Kalant, Harold, Professor Emeritus, University of Toronto Drugs and substances, **4**:68-78,82-9

Keizer, Robert, Drug Policy Advisor, Ministry of Health, Welfare and Sports of the Netherlands Drugs and substances, 11:7-24

Kelly, Jim, Director, Richmond Alcohol and Drug Action Team (RADAT)

Drugs and substances, 17:15-22

Kendall, Perry (Personal presentation) Drugs and substances, **6:**28-50 Gascon, Serge, directeur adjoint, Service de police de la ville de Montréal Drogues et substances, 18:37-52

Germain, Michel, directeur général, Comité permanent de lutte à la toxicomanie

Drogues et substances, 18:7-17

Gordon, John P. (présentation personnelle) Drogues et substances, 10:116-7

Goulet, Hélène, directrice générale, Lutte contre le tabagisme, Direction générale de la santé environnementale et de la sécurité des consommateurs, ministère de la Santé Drogues et substances, 22:41-3

Granger, Serge, historien, Université du Québec à Montréal Drogues et substances, 18:98-103

Grant, Brian, directeur, Centre de recherche en toxicomanie (IPÉ), Service correctionnel du Canada Drogues et substances, 22:12-3,22-3

Griffin, David, agent exécutif, Association canadienne des policiers et policières

Drogues et substances, 3:45-6,51-7,60-79

Haddad, Henry, président, Association médicale canadienne Drogues et substances, **14**:52-5,59-61,64-72

Hall, Nichola, présidente, Grief to Action Drogues et substances, 10:73-84

Hall, Ross, Grief to Action Drogues et substances, 10:75-84

Hamel, Peter, directeur exécutif, Club Compassion de Montréal Drogues et substances, 18:52-65

Hampton, Timothy, président, Organisation nationale pour la réforme des lois sur la marijuana, NORML Saskatchewan Drogues et substances, 16:37-54

Hathaway, Andy, recherchiste, Centre de toxicomanie et de santé mentale

Drogues et substances, 2:61-81

Hayden, Glen, détective, Section de contrôle des stupéfiants, Service de police d'Edmonton, Association canadienne des policiers et policières Drogues et substances, 3:47-53,58-66,69,71-2,77

Heed, Kash, Service des drogues, Service de la police de Vancouver Drogues et substances, 10:60-73

Hunt, Sean (présentation personnelle) Drogues et substances, **5:**95-9

Johnson, Gary E., gouverneur, État du Nouveau-Mexique Drogues et substances, **9:**33-53

Johnston, Cal, chef de police, Service de police de Regina Drogues et substances, 16:18-37

Kalant, Harold, professeur émérite, University of Toronto Drogues et substances, **4**:68-78,82-9

Keizer, Robert, conseiller en matière de politiques sur les drogues, ministère de la Santé, du Bien-être et des Sports des Pays-Bas Drogues et substances, 11:7-24

Kennedy, Paul E., Senior Assistant Deputy Solicitor General, Policing and Security Branch, Solicitor General Department Drugs and substances, 22:6-22

Kent, Steve, Deputy Mayor, City of Mount Pearl Drugs and substances, 19:6-17

King, Barry, Former Chair of the Drug Abuse Committee and Chief of the Brockville Police Service, Canadian Association of Chiefs of Police Drugs and substances, 14:82-4,87-96

Kokoreff, Michel, Professor, Université de Lille, France Drugs and substances, 7:44-59

Korf, Dirk J., Professor, University of Amsterdam, Netherlands Drugs and substances, 11:24-38

Labrousse, Alain, chargé de mission, Observatoire français des drogues et des toxicomanies

Drugs and substances, 3:24-44

Landolt, C. Gwendolyn, National Vice-President, REAL Women Canada Drugs and substances, 21:14-9

Landry, Michel, Director of Professional Services and Research, Centre Dollard-Cormier

Drugs and substances, 12:32-46

Larsen, Dana (Personal presentation)
Drugs and substances, 10:110-2

Leslie, James (Personal presentation)
Drugs and substances, 10:106-8

Lesser, Robert G., Chief Superintendent, Royal Canadian Mounted Police; Vice Chair, Drug Abuse Committee, Canadian Association of Chiefs of Police

Drugs and substances, 8:6-31; 14:84-96

Loh, Mason (Personal presentation) Drugs and substances, **10**:94-6

Long, Dennis, Executive Director, Breakaway Drugs and substances, 5:78-88

Low, Cynthia (Personal presentation)
Drugs and substances, 10:108-9

Lucas, Philippe, Director, Vancouver Island Compassion Society Drugs and substances, 17:22-36

Lynch, Gillian, Director General, Drug Strategy and Controlled Substances Programme, Health Department Drugs and substances, 22:25-36,39-41,44-51

Lynch, Mary, Director, Canadian Consortium for the Investigation of Cannabinoids, Dalhousie University Drugs and substances, 4:46-68

MacEachern, Edward J., Royal Canadian Mounted Police Drugs and substances, 20:27-35

MacFarnam, David (Personal presentation)
Drugs and substances, 10:115-6

MacPherson, Donald, Drug Policy Coordinator, City of Vancouver Drugs and substances, 10:11-22

Maestracci, Nicole, President, Interministerial Mission for the Fight against Drugs and Drug Addiction Drugs and substances, 7:7-25

Kelly, Jim, directeur, Richmond Alcohol and Drug Action Team (RADAT)

Drogues et substances, 17:15-22

Kendall, Perry (présentation personnelle) Drogues et substances, **6:**28-50

Kennedy, Paul E., sous-solliciteur général adjoint principal, Secteur de la police et de la sécurité, ministère du Solliciteur général Drogues et substances, 22:6-22

Kent, Steve, adjoint au maire, ville de Mount Pearl Drogues et substances, 19:6-17

King, Barry, président sortant du Comité sur la toxicomanie et chef du Service de police de Brockville, Association canadienne des chefs de police

Drogues et substances, 14:82-4,87-96

Kokoreff, Michel, professeur, Université de Lille, France Drogues et substances, 7:44-59

Korf, Dirk J., professeur, Université d'Amsterdam, Pays-Bas Drogues et substances, 11:24-38

Labrousse, Alain, chargé de mission, Observatoire français des drogues et des toxicomanies
Drogues et substances, 3:24-44

Landolt, C. Gwendolyn, vice-présidente nationale, REAL Women of Canada

Drogues et substances, 21:14-9

Landry, Michel, directeur des services professionnels et de la recherche, Centre Dollard-Cormier Drogues et substances, 12:32-46

Larsen, Dana (présentation personnelle) Drogues et substances, 10:110-2

Leslie, James (présentation personnelle) Drogues et substances, 10:106-8

Lesser, Robert G., surintendant principal, Gendarmerie royale du Canada; vice-président, Comité sur la toxicomanie, Association canadienne des chefs de police Drogues et substances, 8:6-31; 14:84-96

Loh, Mason (présentation personnelle) Drogues et substances, 10:94-6

Long, Dennis, directeur général, Breakaway Drogues et substances, 5:78-88

Low, Cynthia (présentation personnelle)
Drogues et substances, 10:108-9

Lucas, Philippe, directeur, Vancouver Island Compassion Society Drogues et substances, 17:22-36

Lynch, Gillian, directrice générale, Stratégie antidrogue et substances contrôlées, Direction générale de la santé environnementale et de la sécurité des consommateurs, ministère de la Santé Drogues et substances, 22:25-36,39-41,44-51

Lynch, Mary, directrice, Consortium canadien pour l'investigation des cannabinoïdes, Dalhousie University
Drogues et substances, 4:46-68

MacEachern, Edward J., Gendarmerie royale du Canada Drogues et substances, 20:27-35

Maillet, Achille, Director, Addiction Services, Health Region Drugs and substances, 20:7-19

Malmo-Levine, David (Personal presentation)
Drugs and substances, 10:98-100,113

Mangham, Colin R., Director, Prevention Source B.C. Drugs and substances, 6:68-78

Marra, Bill, Chair of the Standing Committee on Community Safety and Crime Prevention and Councillor for the City of Windsor, Federation of Canadian Municipalities

Drugs and substances, 14:31-50

Mathias, Richard G., Professor, Health Care and Epidemiology Department, University of British Columbia Drugs and substances, 6:51-68

McAllister, William B., Professor, University of Virginia, United States Drugs and substances, 15:7-27

McIntyre, John, Member of the Board, B.C. Civil Liberties Association Drugs and substances, 17:6-15

McKim, William A., Acting Head, Department of Psychology, Memorial University of Newfoundland Drugs and substances, 19:28-39

McPherson, Wanda, Diversion Coordinator, Springboard Drugs and substances, 5:55-9

Mercier, Céline, Associate Professor, Department of Psychiatry, McGill University Drugs and substances, 12:5-17

Michaelson, Croft, Director and Senior General Counsel, Strategic Prosecution Policy Section, Justice Department Drugs and substances, 22:51-5,62-3,66-7

Michols, Dann, Assistant Deputy Minister, Healthy Environments and Consumer Safety Branch, Health Department Drugs and substances, 22:24-5,37-41,43-50

Morgan, John P., Professor of Pharmacology, City University of New York Medical School

Drugs and substances, 4:25-45,79-82,87-90

Mossop, David, Lawyer, Community Legal Assistance Society Drugs and substances, 10:56-9

Nadelman, Ethan, Executive Director, Lindesmith Centre Drugs and substances, 9:6-33,53-61

Neves, Janet, Policy Analyst, Federation of Canadian Municipalities Drugs and substances, 14:42

Orban, Dale, Detective Sergeant with Regina Police Service and Executive Director with the Regina Police, Canadian Police Association Drugs and substances, 3:46-50,53-6,60-4,67-79

Oscapella, Eugene, Executive Director, Canadian Foundation for Drug Policy

Drugs and substances, 8:76-92

Owen, Philip, Mayor, City of Vancouver Drugs and substances, 10:6-22

Patriquen, Melanie Stephen, Marijuana Party of Canada Drugs and substances, 20:44 MacFarnam, David (présentation personnelle)
Drogues et substances, 10:115-6

MacPherson, Donald, coordonnateur de la politique en matière de drogues, ville de Vancouver Drogues et substances, 10:11-22

Maestracci, Nicole, présidente, Mission interministérielle de lutte à la drogue et à la toxicomanie Drogues et substances, 7:7-25

Maillet, Achille, directeur, Services de toxicomanie, Santé régionale Drogues et substances, 20:7-19

Malmo-Levine, David (présentation personnelle)
Drogues et substances, 10:98-100,113

Mangham, Colin R., directeur, Prevention Source B.C. Drogues et substances, 6:68-78

Marra, Bill, président du Comité permanent de la sécurité communautaire et de la lutte contre le crime, et conseiller municipal de la ville de Windsor, Fédération canadienne des municipalités Drogues et substances, 14:31-50

Mathias, Richard G., professeur, Département de santé et d'épidémiologie, University of British Columbia Drogues et substances, 6:51-68

McAllister, William B., professeur, Université de la Virginie, États-Unis Drogues et substances, 15:7-27

McIntyre, John, membre du conseil d'administration, B.C. Civil Liberties Association Drogues et substances, 17:6-15

McKim, William A., chef par intérim, Département de psychologie, Memorial University of Newfoundland Drogues et substances, 19:28-39

McPherson, Wanda, coordonnatrice de la déjudiciarisation, Springboard Drogues et substances, 5:55-9

Mercier, Céline, professeure agrégée, Département de psychiatrie, McGill University Drogues et substances. 12:5-17

Michaelson, Croft, directeur et avocat général principal, Section de l'élaboration des politiques stratégiques en matière de poursuites, ministère de la Justice Drogues et substances, 22:51-5,62-3,66-7

Michols, Dann, sous-ministre adjoint, Direction générale de la santé environmementale et de la sécurité des consommateurs, ministère de la Santé Drogues et substances, 22:24-5,37-41,43-50

Morgan, John P., professeur de pharmacologie, City University of New York Medical School

Drogues et substances, 4:25-45,79-82,87-90

Mossop, David, avocat, Community Legal Assistance Society Drogues et substances, 10:56-9

Nadelman, Ethan, directeur exécutif, Lindesmith Centre Drogues et substances, 9:6-33,53-61

Neves, Janet, analyste des politiques, Fédération canadienne des municipalités Drogues et substances, 14:42

Patriquen, Mike, Marijuana Party of Canada Drugs and substances, 20:35-45

Pelletier, Michel, National Coordinator, Drug Awareness Service, Royal Canadian Mounted Police Drugs and substances, 8:31-3

Perron, Michel, Executive Director, Canadian Centre on Substance Abuse

Drugs and substances, 22:68-88

Petit, Martin, Community Worker, CACTUS Drugs and substances, 18:66-9,72-5

Pike, Robert, Classification Officer, Penitentiary Addictions Group Drugs and substances, 19:39-50

Power-Jeans, Diane, Social Worker, Janeway Community Mental Health Division, HCC, St. John's, Newfoundland and Labrador Drugs and substances, 19:50-6

Randell, Alan (Personal presentation)
Drugs and substances, 17:55-9

Randell, Eleanor (Personal presentation)
Drugs and substances, 17:58-9

Rehm, Jürgen, Professor, University of Zurich, Switzerland Drugs and substances, 2:17-33

Reimer, Rick (Personal presentation)
Drugs and substances, 18:85-91,95-7

Roberts, Dave, Investigation Services, Windsor Police Service Drugs and substances, 21:31,35-7

St-Denis, Paul, Senior Counsel, Criminal Law Policy Section, Justice Department Drugs and substances, 22:51,63-6

St-Maurice, Marc-Boris, Leader, Marijuana Party of Canada Drugs and substances, 18:91-8

Sansfaçon, Daniel, Researcher to the Committee Drugs and substances, 3:52,76

Simpson, Darlene, Director of Program, House of Sophrosyne Drugs and substances, 21:19-27

Single, Eric, Professor, Department of Public Health Science, University of Toronto

Drugs and substances, 2:34-60

Smith, Patrick, Vice-President, Clinical Programs, Centre for Addiction and Mental Health

Drugs and substances, 21:44-9

Smith, Ted (Personal presentation)
Drugs and substances, 10:96-8

Stanowski, Margaret, Executive Director, Springboard Drugs and substances, 5:51-9

Steber Büchli, Diane, Head, International Drug Affairs Unit, Swiss Federal Office of Public Health Drugs and substances, 13:6-23

Steinmann, Art, Executive Director, Alcohol – Drug Education Service Drugs and substances, 10:84-93 Orban, Dale, sergent-détective, Service de police de Regina et directeur de l'Association des policiers de Regina, Association canadienne des policiers et policières
Drogues et substances, 3:46-50.53-6.60-4.67-79

Oscapella, Eugene, directeur exécutif, Fondation canadienne pour une politique sur les drogues
Drogues et substances, 8:76-92

Owen, Philip, maire, ville de Vancouver Drogues et substances, 10:6-22

Patriquen, Melanie Stephen, Parti Marijuana du Canada Drogues et substances, 20:44

Patriquen, Mike, Parti Marijuana du Canada Drogues et substances, 20:35-45

Pelletier, Michel, coordonnateur national du Service de la sensibilisation aux drogues, Gendarmerie royale du Canada Drogues et substances. 8:31-3

Perron, Michel, directeur exécutif, Centre canadien de lutte contre l'alcoolisme et les toxicomanies Drogues et substances, 22:68-88

Petit, Martin, travailleur communautaire, CACTUS Drogues et substances, 18:66-9,72-5

Pike, Robert, agent de classement, Penitentiary Addictions Group Drogues et substances, 19:39-50

Power-Jeans, Diane, travailleuse sociale, Janeway Community Mental Health Division, HCC, St. John's, Terre-Neuve-et-Labrador Drogues et substances, 19:50-6

Randell, Alan (présentation personnelle) Drogues et substances, 17:55-9

Randell, Eleanor (présentation personnelle) Drogues et substances, 17:58-9

Rehm, Jürgen, professeur, Université de Zurich, Suisse Drogues et substances, 2:17-33

Reimer, Rick (présentation personnelle) Drogues et substances, 18:85-91,95-7

Roberts, Dave, Division des enquêtes, Service de police de Windsor Drogues et substances, 21:31,35-7

St-Denis, Paul, avocat-conseil, Section de la politique en matière de droit pénal, ministère de la Justice Drogues et substances, 22:51,63-6

St-Maurice, Marc-Boris, chef, Parti Marijuana du Canada Drogues et substances, 18:91-8

Sansfaçon, Daniel, attaché de recherche auprès du Comité Drogues et substances, 3:52,76

Simpson, Darlene, directrice du programme, House of Sophrosyne Drogues et substances, 21:19-28

Single, Eric, professeur, Département de la santé publique, University of Toronto

Drogues et substances, 2:34-60

Smith, Patrick, vice-président, Programmes de clinique, Centre de toxicomanie et de santé mentale Drogues et substances, 21:44-9

Taverner, Ron, Superintendent, Toronto Police Service Drugs and substances, 21:28-37

Tipple, Rick (Personal presentation) Drugs and substances, 10:100-6

To, Lilian (Personal presentation) Drugs and substances, 10:94-6

Toller, Ross, Deputy Commissioner, Prairie Region, Correctional Service

Drugs and substances, 22:17-20,24

Tyndall, Mark, B.C. Centre for Excellence in HIV/AIDS Drugs and substances, 10:22-35

Uchtenhagen, Ambros, Retired Professor, Addiction Research Institute Drugs and substances, 13:60-74

Van Hoogstraten, Steven, Director for International Criminal Affairs and Drugs Policy, Ministry of Justice of the Netherlands Drugs and substances, 11:39-52,69-70

Vogel, Anne. Manager, Gilwest Clinic Drugs and substances, 17:60-6

Walker, Chuck, Officer in Charge, Operational Systems Policy Section, National Contract Policing Branch, Royal Canadian Mounted Police Drugs and substances, 22:15-7

Walter, Thia (Personal presentation) Drugs and substances, 10:113-5

Ware, Mark A., Assistant Professor, McGill University Drugs and substances, 18:24-37

White, Anna Marie, Policy Analyst, Focus on the Family Drugs and substances, 17:67-75

Wilson, Dean, Executive Director, Vancouver Area Network of Drug Users (VANDU) Drugs and substances, 10:47-56

Woods, Danny, Drug Enforcement Branch, Windsor Police Service Drugs and substances, 21:31-3,37

Young, Alan (Personal presentation) Drugs and substances, 5:23-40

Smith, Ted (présentation personnelle) Drogues et substances, 10:96-8

Stanowski, Margaret, directrice générale, Springboard Drogues et substances, 5:51-9

Steber Büchli, Diane, chef de service, Unité internationale en affaires de drogues. Bureau fédéral de santé publique de la Suisse Drogues et substances, 13:6-23

Steinmann, Art, directeur général, Alcohol - Drug Education Service Drogues et substances, 10:84-93

Taverner, Ron, surintendant, Service de police de Toronto Drogues et substances, 21:28-37

Tipple, Rick (présentation personnelle) Drogues et substances, 10:100-6

To, Lilian (présentation personnelle) Drogues et substances, 10:94-6

Toller, Ross, sous-commissaire, Administration régionale - Prairies, Service correctionnel du Canada Drogues et substances, 22:17-20,24

Tyndall, Mark, Centre d'excellence en VIH/sida - Région de la Colombie-Britannique Drogues et substances, 10:22-35

Uchtenhagen, Ambros, professeur (retraité), Institut de recherche sur les

Drogues et substances, 13:60-74

Van Hoogstraten, Steven, directeur des Affaires internationales criminelles et des politiques sur les drogues, ministère de la Justice des Pays-Bas Drogues et substances, 11:39-52,69-70

Vogel, Anne, directrice, clinique Gilwest Drogues et substances, 17:60-6

Walker, Chuck, inspecteur et officier responsable, Section des politiques des systèmes opérationnels, Sous-direction de la police contractuelle nationale, Gendarmerie royale du Canada Drogues et substances, 22:15-7

Walter, Thia (présentation personnelle) Drogues et substances, 10:113-5

Ware, Mark A., professeur adjoint, McGill University Drogues et substances, 18:24-37

White, Anna Marie, analyste des politiques, Focus on the Family Drogues et substances, 17:67-75

Wilson, Dean, directeur général, Vancouver Area Network of Drug Users (VANDU) Drogues et substances, 10:47-56

Woods, Danny, Sous-direction de la lutte anti-drogue, Service de police de Windsor

Drogues et substances, 21:31-3,37

Young, Alan (présentation personnelle) Drogues et substances, 5:23-40



If undelivered, return COVER ONLY to: Communication Canada – Publishing Ottawa, Ontario K1A 0S9

En cas de non-livraison, retourner cette COUVERTURE SEULEMENT à: Communication Canada – Édition Ottawa (Ontario) K1A 0S9







